

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ARAGÓN

Documento Marco

2020

(ExPreSA)

Índice

Prólogo

Introducción

1. Aspectos generales	Pág. 7
1.1. Justificación	
1.2. Principios y valores	
1.3. Descripción del documento	
2. Misión y visión	Pág. 15
3. Análisis de situación	Pág. 16
3.1. Análisis externo	
3.2. Análisis interno	
3.3. DAFO-CAME	
3.4. Situación del suicidio en Aragón	
4. Metodología	Pág. 29
4.1. Creación de documento marco	
4.1.1. Estructura organizativa	
4.1.2. Procedimiento de trabajo	
4.1.3. Compromiso de adhesión institucional	
4.1.4. Sistema de seguimiento	
4.1.5. Sistema de evaluación	
4.1.6. Revisores externos	
4.2. Grupos de trabajo de las áreas estratégicas definidas	
4.2.1. Estructura organizativa, cronograma y composición de los grupos de trabajo	
4.2.2. Procedimiento de desarrollo del área estratégica	
4.2.3. Calendario de ejecución	
4.2.4. Financiación	
5. Líneas estratégicas	
5.1. LINEA ESTRATÉGICA DE PREVENCIÓN UNIVERSAL Y SELECTIVA. ÁREAS ESTRATÉGICAS:	
5.1.1. MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Pág. 35
5.1.1.1. Justificación	
5.1.1.2. Objetivos y medidas	
5.1.1.3. Evaluación	
5.1.2. BARRERAS	
5.1.2.1. FARMACÉUTICAS	Pág. 38
5.1.2.1.1. Justificación	

5.1.2.1.2.	Objetivos y medidas	
5.1.2.1.3.	Evaluación	
5.1.2.2.	TELEMÁTICAS	Pág. 40
5.1.2.2.1.	Justificación	
5.1.2.2.2.	Objetivos y medidas	
5.1.2.2.3.	Evaluación	
5.1.3.	COLECTIVOS DE MAYOR VULNERABILIDAD	
5.1.3.1.	POBLACIÓN ADOLESCENTE	Pág. 42
5.1.3.1.1.	Justificación	
5.1.3.1.2.	Objetivos y medidas	
5.1.3.1.3.	Evaluación	
5.1.3.2.	PERSONAS MAYORES	Pág. 46
5.1.3.2.1.	Justificación	
5.1.3.2.2.	Objetivos y medidas	
5.1.3.2.3.	Evaluación	
5.1.3.3.	POBLACIÓN CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL	Pág. 50
5.1.3.3.1.	Justificación	
5.1.3.3.2.	Objetivos y medidas	
5.1.3.3.3.	Evaluación	
5.1.3.4.	CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD	Pág. 53
5.1.3.4.1.	Justificación	
5.1.3.4.2.	Objetivos y medidas	
5.1.3.4.3.	Evaluación	
5.1.3.5.	UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA- UNIZAR	Pág. 55
5.1.3.5.1.	Justificación	
5.1.3.5.2.	Objetivos y medidas	
5.1.3.5.3.	Evaluación	
5.2.	LINEA ESTRATÉGICA DE INTERVENCION. ÁREAS ESTRATÉGICAS:	
5.2.1.	REGISTRO-ALERTA DE RIESGO SUICIDA Y REGISTRO DE SUICIDIOS CONSUMADOS	Pág. 57
5.2.1.1.	Justificación	
5.2.1.2.	Objetivos y medidas	
5.2.1.3.	Evaluación	
5.2.2.	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN Y ALGORITMO. IMPLANTACIÓN ESCALA DETECCIÓN RIESGO	Pág. 60
5.2.2.1.	Justificación	
5.2.2.2.	Objetivos y medidas	
5.2.2.3.	Evaluación	
5.2.3.	LÍNEAS TELEFÓNICAS DE INTERVENCIÓN	Pág. 62
5.2.3.1.	Justificación	
5.2.3.2.	Objetivos y medidas	

5.2.3.3. Evaluación	
5.2.4. PROGRAMA DE POSTVENCIÓN	Pág. 64
5.2.4.1. Justificación	
5.2.4.2. Objetivos y medidas	
5.2.4.3. Evaluación	
5.2.5. FORMACIÓN	Pág. 67
5.2.5.1. Justificación	
5.2.5.2. Objetivos y medidas	
5.2.5.3. Evaluación	
5.3 RESUMEN GRÁFICO DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	Pág. 69
6. Anexos	
6.1. Glosario de abreviaturas y acrónimos	Pág. 71
6.2. Bibliografía	Pág. 72
7. Memoria económica	Pág. 75

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ARAGÓN

Prólogo

El suicidio es un importante problema para nuestra sociedad, no solo por el volumen de fallecimientos (más de 100 aragoneses mueren cada año por suicidio), sino por el sufrimiento que origina y las secuelas del mismo. Además, debemos recordar que los suicidios consumados son solo la punta del iceberg del problema del suicidio: por cada suicida que acaba en fallecimiento hay 20 tentativas de suicidio.

En el origen de cada intento suicida hay una persona que sufre, y ese sufrimiento está condicionado por problemas psíquicos que en la mayoría de los casos son abordables mediante intervenciones preventivas y actuaciones asistenciales.

Al mismo tiempo, no debemos olvidar que hay múltiples evidencias sobre factores de riesgo del suicidio, que, como en la mayoría de los problemas de salud pública, se encuentran íntimamente relacionados con problemas sociales y económicos.

En el momento actual, en el que una pandemia está asolando nuestra sociedad, con un agravamiento de las desigualdades y un empeoramiento de las condiciones sociales y del sufrimiento psíquico son evidentes, se hace más necesario aun el desarrollo de una Estrategia de Prevención del Suicidio en Aragón, que ofrezca alternativas factibles y basadas en la evidencia para reducir el impacto del suicidio en el conjunto de la sociedad.

En este sentido, cualquier Estrategia de prevención debe plantearse desde un punto de vista multisectorial y multimodal, dentro de las orientaciones del Plan de Salud de Aragón 2030 y buscando la participación de diferentes agentes sociales.

Su diseño se ha proyectado en sintonía con la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007), el Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021, así como con los "Valores y principios comunes en los Sistemas de Salud Europeos" que estableció el Consejo de la Unión Europea en 2006.

Esta Estrategia, que ahora presentamos, parte del convencimiento de que el suicidio no es una alternativa vital para nadie y de que, por el contrario, se trata de una consecuencia prevenible del sufrimiento psíquico, y que en la prevención del mismo deben reforzarse los elementos claves asistenciales (sistemas de alerta de riesgo suicida y reforzamiento de los dispositivos asistenciales y de seguimiento), potenciar la resiliencia en los grupos más vulnerables de la sociedad, y especialmente los jóvenes, contar con la colaboración de los agentes sociales, y apoyar a las víctimas.

Estoy convencida de que esta Estrategia ayudará a alinear los esfuerzos de todos para disminuir el impacto del suicidio en nuestra sociedad.

Sira Repollés Lasheras
Consejera de Sanidad. Gobierno de Aragón

Zaragoza, Diciembre de 2020.

Introducción

Un plan estratégico no debe ni puede ser un mero ejercicio teórico plasmado en un documento, sino una reflexión técnica que se traducirá en un conjunto de actuaciones prácticas, que, en el caso que nos ocupa, y esta es su finalidad última, salvará vidas.

Un único propósito nos ha movido: salvar vidas que puedan perderse por un sufrimiento psíquico insoportable.

Las limitaciones que tenemos no son otras que la factibilidad de las actuaciones y que su elección y diseño no esté cargado de errores. Conscientes de ello hemos tratado de apoyarnos al máximo en las evidencias científicas y en la sabiduría y experiencia profesional de quienes afrontan en primera línea la conducta suicida.

Sabemos también que hay colectivos vulnerables que no han podido ser abordados con áreas de intervención específicas en esta Estrategia. La priorización ha tenido en cuenta la magnitud del problema al que nos enfrentamos, su gravedad, la eficacia de intervenciones ensayadas y la factibilidad de las actuaciones propuestas. Sin embargo, lejos de olvidarnos de ellos, los tenemos ya presentes como los destinatarios de las siguientes acciones tras la consolidación de la ruta que nos hemos marcado.

Pensamos trazar un antes y un después en Aragón en la concepción del suicidio y en la forma de luchar social y sanitariamente contra él.

Estamos seguros de que este despliegue estratégico ayudará a muchas personas de todas las edades y condición a hacer frente a su malestar psíquico y a las ideas de hacerse daño, para así continuar con sus planes de vida, con sus expectativas, sus alegrías y sus fracasos, con sus momentos, días o meses buenos, regulares, o malos... con lo que en definitiva es la normalidad de la vida.

Isabel Irigoyen Recalde
Coordinadora científica de la Estrategia

1. Aspectos generales

Las guías generales para la prevención del suicidio descritas en este documento se dirigen tanto a los responsables políticos, en tanto que decisores, como a los expertos en salud pública y actores profesionales implicados en la atención de las personas en riesgo.

El mensaje fundamental es que **la prevención del suicidio es posible** y que en ella no sólo se debe, sino que se puede involucrar a toda la sociedad.

1.1. Justificación

La salud mental de la población tiene un amplio margen de mejora:

- uno de cada cuatro ciudadanos padece alguna enfermedad mental que puede conducir al suicidio, fuente de un número excesivamente elevado de muertes
- las enfermedades mentales causan importantes pérdidas y cargas a los sistemas económicos, sociales, educativos, penales y judiciales
- persisten la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas con alteraciones o discapacidades psíquicas, lo cual pone en entredicho valores europeos fundamentales.

El abordaje del suicidio no puede hacerse desde postulados o conclusiones simples ya que es el **mayor problema de salud pública** que como sociedad debemos enfrentar. La muerte por suicidio está entre las primeras causas de mortalidad evitables.

En muchas sociedades **hablar del suicidio es todavía un tabú** cargado de mitos. El reverso de estas infundadas creencias puede resumirse en las siguientes aseveraciones fruto de los datos científicos:

1. El suicidio afecta a personas de cualquier edad, siendo los ancianos y los jóvenes los principales grupos de riesgo.
2. Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres y los suicidios consumados más frecuentes en los varones.
3. Nueve de cada diez personas que se suicidaron, habían expresado a otras personas sus pensamientos de matarse.

4. Hablar abiertamente de forma adecuada sobre el suicidio no incrementa el riesgo de conducta suicida.
5. Hasta en un 90% de los suicidios los individuos sufrían algún tipo de enfermedad mental (World Federation for mental Health, 2006).
6. Todas las enfermedades mentales son subsidiarias de tratamiento por profesionales competentes en la materia.
7. La conducta suicida no es una solución, es una reacción inadecuada sobre la que a posteriori suele haber arrepentimiento.

Nuestro país ha sido capaz de realizar **abordajes preventivos exitosos** en otras áreas. Se ha conseguido mejorar la seguridad vial, reducir muertes y secuelas debidas a los accidentes de tráfico con campañas proactivas dirigidas a toda la población. Ninguna otra nación europea ha bajado tanto su mortalidad al volante como España con un descenso del 70% desde el año 2000, lo que le sitúa dentro de los países donde es menor la mortalidad por accidente de tráfico. Pero además la inversión y el esfuerzo han logrado mover la conciencia social hacia la necesidad de contribuir todos en la lucha contra estas muertes, modificando muchas de las conductas de riesgo.

La OMS refiere que en el mundo hay cerca de **un millón de fallecimientos** anuales por suicidio y por ello lleva décadas intentando impulsar planes nacionales coste-efectivos que afronten este grave problema que tiene posibilidades certeras de prevención. En 1999 esta organización desplegó la iniciativa **SUPRE-WHO** (Suicide Prevention/ Prevención del Suicidio), con el objetivo global de reducir la mortalidad y morbilidad asociada a las conductas suicidas, así como identificar, evaluar y eliminar, tanto como sea posible y en etapas precoces, aquellos factores que puedan incidir en el suicidio juvenil. En 2014, en su primer informe global sobre el suicidio, la OMS reitera que *“una manera sistemática de dar una respuesta nacional al suicidio es establecer una estrategia nacional de prevención”*. Desde entonces numerosos países han comenzado a desarrollar acciones contra el suicidio avaladas por investigaciones que concluyen que muchos suicidios son evitables.

En marzo de 2014 y de 2017 fueron debatidas y aprobadas por unanimidad de todos los grupos políticos en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados del Reino de España, sendas proposiciones no de ley para el desarrollo de un **Plan Nacional de Prevención del Suicidio**. En la más reciente se instaba de forma concreta al Gobierno de España *“a desarrollar, en el plazo de seis meses, un Plan Nacional de Prevención contra el Suicidio con medidas, políticas y programas concretos actualmente inexistentes en España, con especial incidencia en la población adolescente y anciana así como en las personas que presentan algún trastorno mental...”*.

A pesar de ello España no cuenta en el año 2020 con un plan estatal de prevención del suicidio. La mayoría de las Comunidades Autónomas fruto de sus competencias, y algunos regímenes locales, han desplegado planes de prevención sectoriales con

mayor o menor alcance. Al no existir una línea base común existen tantos modelos como autonomías. La limitación de recursos ha hecho necesario priorizar. Así dependiendo del territorio se ha puesto el énfasis en unos objetivos u otros, como los códigos de riesgo de suicidio, las intervenciones telefónicas seriadas tras tentativas, la formación de los profesionales, las escalas de detección de riesgo, las actuaciones en el grupo poblacional de menores de edad, la reducción de accesibilidad a algunos medios letales, etc. Aunque el objetivo fundamental es el de reducir las tasas de suicidio se observa que es la **disminución de la recurrencia de conductas suicidas** la que en ocasiones resulta más beneficiada.

Aragón con este plan estratégico quiere resolver una cuestión pendiente y proporcionar **la mejor respuesta posible** ante la pesada y peligrosa carga que sufren los ciudadanos que presentan ideación o intencionalidad autolítica. Es obvio que la Estrategia de prevención del suicidio en Aragón no puede desenvolverse sin establecer **sinergias** con otros programas que desarrolle el Departamento de Sanidad especialmente dentro del abordaje del Trastorno Mental Grave.

Las líneas y áreas estratégicas seleccionadas se engranan perfectamente en el **Principio de salud en todas las políticas** que el Gobierno de Aragón ha determinado para todas las políticas de carácter no sanitario que influyen en la salud de la población, *promoviendo las que favorezcan los entornos saludables, disuadiendo, en su caso, de las que supongan riesgos para la salud y garantizando un alto nivel de protección de la salud.*

Recientemente, la apuesta del ejecutivo realizada para los próximos años con el **Plan de Salud de Aragón 2030**, señala que las actuaciones que se propongan deben de ser realistas y tratar de introducir la salud en las políticas públicas, lo que implica ir más allá del sistema sanitario actual. En suma, el mantenimiento y mejora de la salud se entiende como un objetivo compartido por toda la sociedad. La Estrategia de prevención del suicidio en Aragón se ha concebido bajo el paradigma de proporcionar una respuesta factible, oportuna y eficaz ante el suicidio.

En cuanto a la **nomenclatura del espectro suicida** debemos avanzar que, dada la complejidad, existen propuestas desde hace décadas que infructuosamente no han podido alcanzar un consenso. Silverman (2006) propone que se debe apostar por términos aceptados culturalmente y comprensibles de forma general para permitir una comunicación clara y sencilla a todos los agentes implicados, así como para facilitar su aplicabilidad. Aporta una nueva clasificación a partir de la nomenclatura aportada por O'Carroll et al., en 1996:

- Ideación suicida/autolítica
- Comunicación suicida:
 - o Amenaza suicida
 - o Plan suicida
- Conducta suicida

- Autolesión/gesto suicida
- Conducta suicida no determinada
- Intento de suicidio
- Suicidio o suicidio consumado

La *Asociación Americana de Psiquiatría* en la “Guía para Valoración y Tratamiento de Pacientes con Conductas Suicidas” (APA, 2010) recoge las siguientes **definiciones**:

- Suicidio: muerte infligida, con evidencia (implícita o explícita) de que la persona tiene intención de morir.
- Intento suicida: conducta autolesiva con resultado no fatal acompañada de evidencia (implícita o explícita) de que la persona tenía intención de morir.
- Intento de suicidio abortado: conducta potencialmente autolesiva con evidencia (implícita o explícita) de que la persona tiene intención de morir pero el intento es frenado antes de que ocurra la muerte.
- Idea suicida: pensamientos de ser el agente de la propia muerte. La ideación suicida podrá variar severamente en función de la especificidad de los planes suicidas y del grado de intención suicida.
- Intención suicida: expectativa y deseo subjetivo de actos autodestructivos para acabar en muerte.
- Letalidad de la conducta suicida: peligro objetivo para la vida asociado con un método o acción suicida (el conocimiento de la potencial letalidad no siempre es conocido por el sujeto).
- Autolesiones intencionales: actos dolorosos deliberados y autoinfligidos, destructivos o perjudiciales pero sin intención de causar la muerte.

En el área asistencial de la conducta suicida el marco legal español permite el **internamiento involuntario** a través del Artículo 763 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Existe numerosa normativa internacional y comunitaria en sintonía con este canon legal para proteger al individuo en riesgo de suicidarse. El Principio nº 11.8 de la resolución 46/119 de 1991 de la Asamblea General de la ONU dice que *“se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental cualificado y autorizado por la Ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato al paciente o a otras personas y que dicho tratamiento no se aplicará más allá del periodo estrictamente necesario para alcanzar su propósito”*.

El ordenamiento jurídico español establece así mismo garantías para la hospitalización involuntaria a través de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Su artículo 9.2 señala: *«Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: (...) b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él”*. Esta Ley vela por la

confidencialidad de la información y documentación clínica, elemento indispensable en la relación terapéutica con el paciente. No obstante, en el abordaje del suicidio también nos confronta con la dificultad para el acceso a información de los fallecimientos por esta causa, salvo autorización expresa de la familia a través del Juzgado correspondiente encargado de las diligencias. El no poder contactar directamente con las familias, para que reciban apoyo y disminuyan las consecuencias del impacto de este terrible acontecimiento, constituye uno de los hándicaps de esta Ley, que debe tratar de corregirse mediante la **coordinación con las instancias médico-legales**.

La reciente **pandemia por coronavirus 2019** (COVID-19) ha generado un profundo impacto en absolutamente todos los aspectos de la sociedad, sin excluir los de su salud mental. Los efectos psicológicos y psiquiátricos y el suicidio pueden convertirse en una preocupación más apremiante a medida que se propaga la pandemia y aparezcan sus efectos a largo plazo en la población general, en la economía y en los grupos vulnerables. Hay evidencias de que los suicidios aumentaron en EE. UU. durante la gripe de 1918 y entre las personas mayores en Hong Kong durante el síndrome respiratorio agudo severo de 2003 (SARS). Factores fundamentales son el estigma hacia individuos con COVID-19 y sus familias, el miedo, el autoaislamiento y distanciamiento físico, y particularmente la desesperanza. Así pues se debe alentar a las familias y amigos de quienes viven solos a brindarles apoyo.

Las personas con enfermedades psiquiátricas previas verán incrementado el riesgo y los que no tuvieran antecedentes podrán desarrollar trastornos de salud mental, especialmente **depresión, ansiedad y estrés postraumático** (todos asociados con un mayor riesgo de suicidio). Además, desafortunadamente, se ponen en juego distintos elementos que acrecentarán el riesgo: los altos niveles de exposición al coronavirus (trabajadores de primera línea de cuidados e individuos que desarrollan la enfermedad), la pérdida de empleo, los estresores financieros, la pérdida curricular en los alumnos y los problemas económicos para la continuidad académica, la violencia doméstica y el consumo de alcohol, ambos incrementados durante el confinamiento (Gunnell et al., 2020).

Es crucial tener datos de los efectos sobre la salud mental en la población y en sus grupos de mayor vulnerabilidad. Con ello se hace imperioso investigar el impacto de la información continua sobre la COVID-19 y cómo mitigar o prevenir las consecuencias en la salud mental (Holmes et al., 2020).

Por último, no podemos dejar de mencionar los debates sociales y jurídicos existentes sobre la despenalización del **auxilio al suicidio** y de la eutanasia. La Constitución Española reconoce el derecho a la vida en su artículo 15. Si una persona decide suicidarse y no lo consigue no existe castigo penal aplicable, pero no puede ayudar a otro a hacerlo, ni convencerle para que lo haga ya que estará cometiendo un delito de inducción o auxilio al suicidio castigado con hasta 10 años de prisión según recoge el artículo 143 de nuestro Código Penal. Es importante diferenciar este debate del de la despenalización de la eutanasia. Es sabido que existe una variada

conceptualización de este vocablo, pero, a fin de evitar su confusión con el del suicidio, asumimos el término eutanasia (buena muerte) para los casos en que se da muerte o no se impide la muerte de un ser humano con el fin de evitarle el sufrimiento prolongado difícil de soportar de una enfermedad o de un deterioro grave o permanente y cuando, libre y conscientemente, desea acabar con esa situación.

1.2. Principios y valores

La declaración de principios y valores de la Estrategia, al igual que en otros campos de salud, señala nuestras prioridades, aquellas cuestiones que deben orientar nuestro comportamiento, nuestros esfuerzos económicos, científicos y normativos y se establece en consonancia con los **“Valores y principios comunes en los Sistemas de Salud Europeos”** del Consejo de la Unión Europea (2006).

Ya previamente, en 1996, la **Carta de Liubliana** fue capaz de sintetizar los **valores** que deben inspirar los sistemas de atención sanitaria (*la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional*), *orientándose a la salud, basándose en los intereses de las personas, centrados en la calidad, financiados racionalmente y orientados a la atención primaria*. Añade, como **principios** de la gestión, *la necesidad de elaborar las políticas sanitarias teniendo en cuenta la opinión de la población, reestructurar las prestaciones, reorientar los recursos humanos hacia el cuidado de la salud, reforzar la gestión y aprender de la experiencia*.

Fuera de Europa en 2015 se crea una ambiciosa iniciativa mundial, la **Agenda 2030**. España se compromete como acción de Gobierno, junto a otros 193 países, a *perseguir la igualdad entre las personas, proteger el planeta y asegurar la prosperidad*. Dentro de los 17 objetivos de desarrollo sostenible ha tenido cabida un hueco para la promoción de la salud mental, dentro de un llamado contrato social global que, por fin, resalta el incuestionable papel que juega en el bienestar humano y representa la búsqueda de una forma diferente de actuar en el mundo:

Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud. "Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar"

Nada lejos de estas iniciativas se encuentra la **Ley de Salud de Aragón** (2002). Su artículo 2 define como algunos de sus **Principios rectores** *la Concepción integral de la salud, la Universalización de la atención sanitaria, la Integración funcional de los recursos sanitarios públicos, la Subsidiariedad de los medios y las actividades privadas, la Calidad permanente de los servicios y prestaciones para lograr la máxima eficacia y eficiencia en la asignación, utilización y gestión de los recursos, así como la satisfacción de los usuarios y la Participación social y comunitaria en la formulación de la política*

sanitaria y en el control de su ejecución, así como la Promoción del medio ambiente saludable.

Las políticas sanitarias deben ser coherentes y eficientes de tal forma que permitan su sostenibilidad a largo plazo. Obviar las repercusiones económicas directas e indirectas de las decisiones a tomar sería no realizar un análisis correcto del problema. La variable coste-efectividad es, por tanto, un importante componente a tener siempre en cuenta en los programas de prevención y promoción de la salud. En salud mental se hace urgente la cuantificación del gasto inherente a cualquier acción a implementar, con su correspondiente consignación presupuestaria que evite el riesgo de que ésta se pierda o se ejecute deficientemente.

El análisis completo de la situación debe incluir otro aspecto. La ideación y la conducta suicida son fenómenos que ponen no solo en riesgo la vida de la persona, sino que comprometen de forma trágica su calidad de vida y su capacidad de desarrollar roles personales y profesionales con el consiguiente coste económico. Además, en el caso del suicidio los **años de vida potencialmente perdidos** (APVP) ejemplifican muy bien este aspecto ya que, más allá de la inconmensurable tragedia humana, existen numerosos estudios que lo correlacionan con las pérdidas también económicas para el conjunto de la sociedad por la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. La pérdida económica abarca aspectos directos de la atención sanitaria a pacientes y familiares e indirectos por la productividad perdida.

En nuestro país el modelo de atención de **salud mental comunitaria** se encuentra respaldado por la Ley General de Sanidad (1986), siendo según numerosos estudios, a igualdad de gasto, el modelo de atención más eficaz y con mayor satisfacción social percibida. Los pilares y **principios básicos**, según la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, sobre los que se fundamenta este modelo son:

- *autonomía, independencia y autosuficiencia de las personas*
- *continuidad, accesibilidad, equidad y comprensividad de los planes de atención*
- *recuperación personal*
- *mejora continua de la calidad*
- *responsabilización de las instituciones sanitarias frente a pacientes, familiares y la comunidad en general*

1.4. Descripción del documento

La OMS en su informe “*Acción de la Salud pública en la prevención del suicidio: un esquema*” describe los **componentes clave de una estrategia nacional de prevención del suicidio**: *claridad en los objetivos, determinación de los factores de riesgo y protectores, intervenciones eficaces, estrategias preventivas a diferentes niveles, mejorar el registro de casos y la investigación sobre la conducta suicida,*

monitorizar y evaluar. Otros planes de acción implementados añaden de forma adicional: la especificidad de las acciones preventivas y su factibilidad.

La Estrategia de prevención del suicidio en Aragón define objetivos claves de prevención del suicidio y promoción de la salud mental en nuestro ámbito autonómico. Las intervenciones planteadas son multisectoriales y multimodales, siguiendo recomendaciones basadas en la evidencia y dirigidas por hipótesis específicas que se puedan comprobar.

El desarrollo se proyecta en sintonía con la Línea Estratégica 1 de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007): *prevención, detección precoz y abordaje de la conducta suicida*. Se ha tenido en cuenta una revisión de la literatura internacional sobre las estrategias de prevención del suicidio, así como las experiencias habidas en entornos similares. Con ello se pretende la instauración de directrices contrastadas y experimentadas que disminuyan la prevalencia del suicidio en Aragón.

Las áreas estratégicas se han planteado desde los **tres niveles de prevención**: universal, selectiva y terciaria (o indicada). Existen datos significativos que indican que la mayoría de las personas que se suicidan lo hacen en el primer o segundo intento (De Jong y cols., 2010), por ello es clave incluir entre los programas de prevención formas de influir en la población para evitar la aproximación siquiera al pensamiento suicida.

Las **áreas de intervención** han sido seleccionadas teniendo en cuenta las buenas prácticas señaladas en las principales webs científicas. Se pretende influir sobre la mejora en la alerta sanitaria ante casos de riesgo, la estandarización de procesos de actuación, la precisión de los datos de registro, los servicios de ayuda telefónica y online, la formación de los diferentes profesionales y agentes implicados, los grupos vulnerables y de alto riesgo, y el acceso a medios letales o la asesoría sobre ellos.

Se han seleccionado aquellos **colectivos diana** que ofrecen mayor incidencia y vulnerabilidad: niños, adolescentes, tercera edad, adicciones de elevada prevalencia, colectivos profesionales de riesgo y supervivientes al suicidio de un allegado. Existen otros sectores como el penitenciario, el médico (especialmente el género femenino) y el de las poblaciones minoritarias sexuales (LGTB, Haas et al., 2011) que también tienen mayor riesgo de suicidio y que se contempla puedan ser incorporados en la extensión de esta Estrategia, al tener un planteamiento eminentemente dinámico.

2. Misión y Visión

Es **Misión** de la Estrategia de prevención del suicidio en Aragón el disminuir las tentativas y la mortalidad por suicidio en Aragón incorporando cambios en los paradigmas de los modelos de prevención de estas conductas y de la respuesta sanitaria a los aragoneses en riesgo.

Su **Visión** es el desarrollo de un marco conceptual para la educación y la promoción de la salud mental, así como para la prevención de la conducta suicida, dotando de herramientas asistenciales específicas a los profesionales implicados en la detección y abordaje del suicidio. La visión es sinérgica con el objetivo Salud y Bienestar de la internacional *Agenda 2030*.

3. Análisis de situación

3.1. Análisis externo

El suicidio es una de las tres principales causas de mortalidad en todo el mundo. Según la OMS, se registran en el mundo cada año unas 800.000 muertes por suicidio (1 cada 40 segundos), cifra que a pesar de su magnitud se intuye infraestimada debido a los muchos problemas de registro de este tipo de decesos.

La **Unión Europea** define como prioridad que cada Estado miembro europeo disponga de un Plan de Acción para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, mediante estrategias basadas en pruebas. La **prevención de la depresión y el suicidio es una de las 10 áreas claves** de intervención seleccionadas. Matsubayashi y Ueda (2011) encontraron en las tasas de suicidio entre 1980 y 2004, una diferencia estadísticamente significativa, antes y después de instaurar una estrategia nacional de prevención del suicidio, en 21 países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), siendo en la población joven y anciana donde los programas de prevención se mostraron más efectivos.

La mayor efectividad de los programas multinivel nos hace plantear una Estrategia siguiendo este patrón. La **Alianza de Nuremberg contra la depresión** fue un programa de acción, realizado en la ciudad de Nuremberg (500.000 habitantes) en 2001-02, con cuatro niveles de intervención (Hegerl et al., 2006): capacitación de médicos de familia y apoyo a través de diferentes métodos; campaña de relaciones públicas que informa sobre la depresión; cooperación con facilitadores de la comunidad (maestros, sacerdotes, medios locales, etc.); y apoyo para actividades de autoayuda, así como para grupos de alto riesgo. La reducción fue especialmente notable en las conductas suicidas de alta letalidad. Basado en el descenso de más del 20% (-19,4% el primer año y -24% el segundo) del número de actos suicidas (suicidios consumados más intentos de suicidio), se estableció en 16 países la **Alianza Europea contra la Depresión** (EAAD) en el año 2004. La Comisión Europea en 2005 señaló en el Libro Verde "*Mejora de la salud mental de la población: hacia una estrategia de salud mental para la Unión Europea*" a la EAAD como un ejemplo de las mejores prácticas para mejorar la atención en pacientes deprimidos y personas con potencial suicida. Otras iniciativas en este contexto como el *Project co-funded under the Community Public Health Programme 2003-2008*, implementado en la Ludwig Maximilians-University Munich consiguió reducir en un 25 % el número de suicidios e intentos de suicidio, sobre todo entre los jóvenes.



La red **Implementing Mental Health Promotion Action** (IMPHA) se dirige a poner en práctica acciones para la promoción de la salud mental como el «Mental health promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe» (Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales. Política para

Europa). Esta red ha elaborado una interesante base de datos en internet de los programas existentes, revisando con ello la prevención y promoción de la salud.

La **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007)** señala como algunos de los problemas pendientes de la reforma de la salud mental en España la ausencia de programas específicos bien desarrollados para grupos especialmente vulnerables, la necesidad de una articulación más transversal y cooperativa de la red de salud mental y el insuficiente desarrollo de los aspectos de prevención y promoción de la salud mental, así como de las acciones a llevar a cabo en la comunidad.

El **Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021** recoge la necesidad de desarrollar un plan de prevención del suicidio, lo que fue ratificado de forma más concreta en el **Plan de Salud de Aragón 2030** asumiendo la *Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes* como uno de sus indicadores de evaluación de la mejora de la salud en todas las etapas de la vida.

Se piensa que más del 90% de los suicidios se deben a un sufrimiento insoportable debido a un **trastorno mental diagnosticable y tratable** (Isometsa, 2001), la mayoría del espectro afectivo o por uso de sustancias. Los diferentes grupos de diagnóstico, en orden descendente de riesgo de suicidio son (OMSprimaryhealthcare):

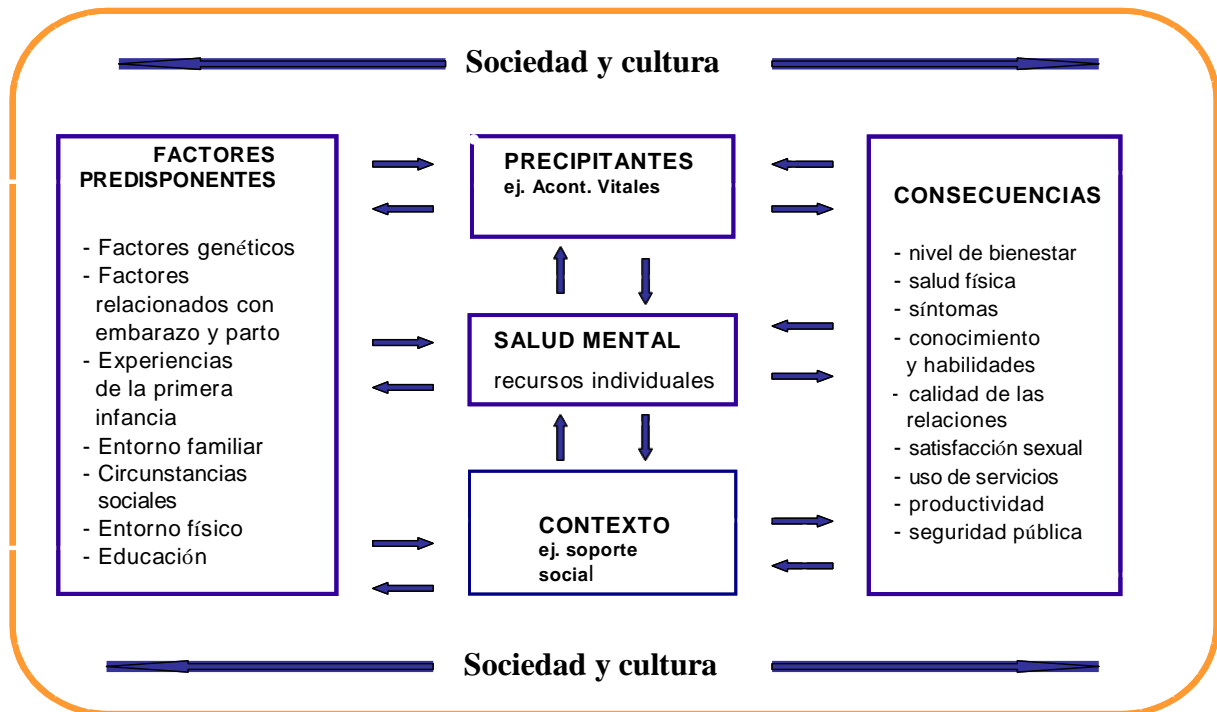
- Depresión en todas sus formas (siendo la entidad más común en el suicidio consumado)
- Trastornos de la personalidad (personalidad antisocial y límite, con rasgos de impulsividad, agresividad e inestabilidad emocional)
- Alcoholismo (y/o toxicomanías en adolescentes)
- Esquizofrenia
- Trastorno mental orgánico
- Otros trastornos mentales

La **vulnerabilidad al suicidio** no es igual para todas las personas, pero es difícil asumir que existen individuos inmunes al riesgo de suicidio sean cual sean sus circunstancias vitales. Las investigaciones indican que la prevención del suicidio, si bien no es fácil al ser un fenómeno complejo, es posible siempre y cuando se realicen una serie de acciones que van desde el control medioambiental de los factores de riesgo hasta la implementación de políticas sanitarias efectivas en materia de salud mental que refuercen los factores de protección.

Factores protectores son aquellas características que hacen menos probable que un individuo considere el suicidio como alternativa. Algunos factores que aumentan el umbral del riesgo son actitudes no estigmatizantes sobre las enfermedades mentales, una autoestima suficiente, la capacidad de resolver problemas, el apoyo social, conocer la información de la ayuda disponible, accesibilidad de las redes sanitarias (general y de salud mental), etc.

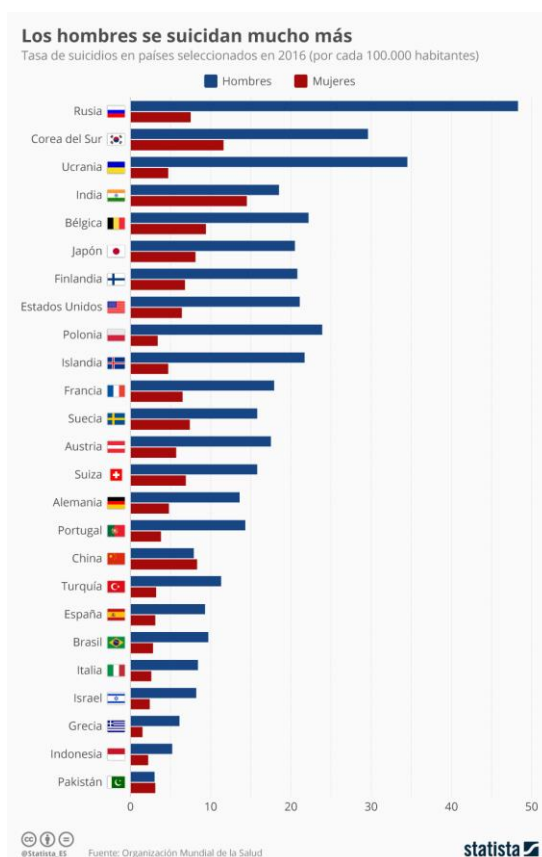
El modelo funcional de salud mental pone el énfasis en aspectos sociales y culturales (Lahtinen et al., 1999).

Modelo funcional de salud mental



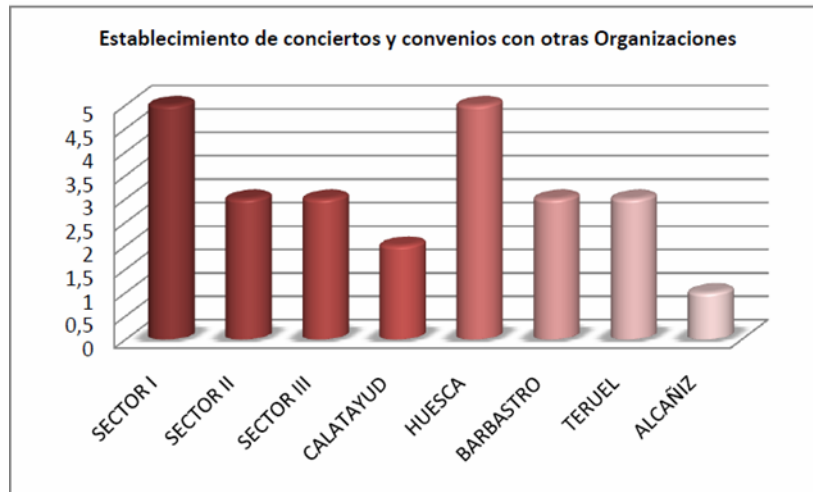
Pero sabemos que los **factores de riesgo** asociados con el suicidio son extensos y dependientes también de muchas de las características del sujeto (SUPRE, primary health care workers, WHO, 2000):

- Género: más suicidio en los varones (en Europa y muchos de los países llamados ricos una relación hombre:mujer de 3:1) pero más tentativas en las mujeres.
- Edad: dos picos entre las edades extremas de la vida (jóvenes de 15 a 35 años y ancianos mayores de 75 años).
- Estado civil: mayor riesgo en personas divorciadas, viudas y solteras o que viven solas.
- Desempleo, migración y desarraigo personal producen mayor vulnerabilidad.
- Acontecimientos vitales estresantes recientes (problemas laborales o financieros, pérdidas, problemas de relación interpersonal, etc...).
- Exposición o contacto con otros suicidios a través del entorno propio o real (los llamados *supervivientes*) o del medio general (medios de comunicación).



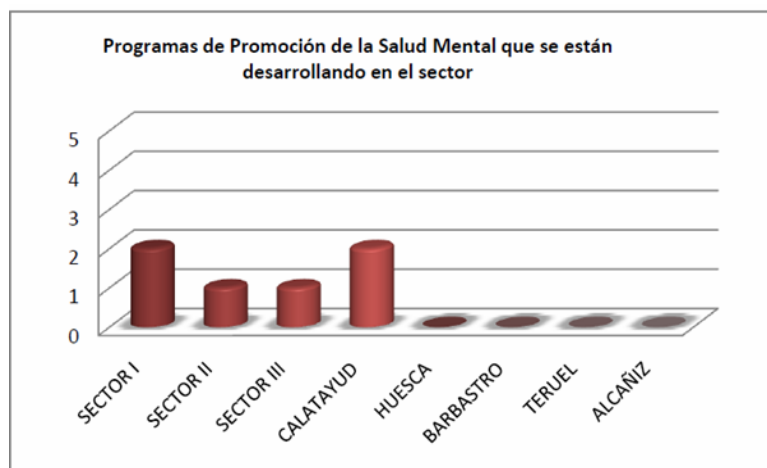
3.2. Análisis interno

Tradicionalmente el modelo sanitario ha considerado que la prevención y la atención a las conductas suicidas recae exclusivamente en los profesionales sanitarios y especialmente en aquellos que realizan su trabajo en los dispositivos de salud mental. En Aragón el **Servicio Aragonés de Salud (Salud)** es, en más del 90%, el proveedor principal de la atención a la salud mental. Excepción son la atención a la salud mental en algunas comarcas como las Cinco Villas, algunas unidades de rehabilitación psicosocial y de atención a las toxicomanías y algunas iniciativas locales. En estos casos, bien se ha suscrito un concierto de prestación de servicios con el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, o bien se sostienen desde administraciones municipales, comarcuales o provinciales. A continuación se muestra la casuística de estos conciertos y convenios (Fuente: Plan de Salud Mental 2017-2021).



El sistema de acceso a los puestos de trabajo, mayoritariamente mediante concurso u oposiciones, garantiza la formación legalmente exigida de los profesionales. No obstante, debido a la habitual carga de trabajo del sector público pueden darse distintos elementos (síndrome del profesional quemado, falta de tiempo para implementar mejoras de la calidad o para la formación, etc.) que propicien **déficits en la formación continuada** y por tanto mermen la capacitación y actualización de los técnicos en el abordaje de la atención a la conducta suicida. Otro hándicap es que el grueso de la formación sanitaria debe de ser sufragada por el propio profesional y generalmente con un alto coste económico, dada la escasez de cursos específicos financiados por la propia empresa pública de servicios de salud.

En otro orden de cosas, los anuales **Contratos de Gestión** favorecen la asunción de unos resultados cuantitativos prefijados (número de altas, de consultas, estancias medias, etc.) pero no introducen apenas elementos que propicien la realización de medidas preventivas y mucho menos en el ámbito comunitario, consiguiendo en la mayoría de las ocasiones que las unidades que efectúan acciones de este tipo salgan peor paradas. Es decir, no existe un modelo en el caso de los Servicios de Psiquiatría que apoye las iniciativas de educación en salud y la promoción de la salud mental. Sin embargo, la nueva orientación que desde el Departamento de Sanidad quiere darse al tema de la prevención del suicidio no puede lograrse sin la participación activa de sus profesionales, pudiendo ser el Contrato Programa y los Acuerdos de Gestión Clínica elementos básicos que recojan y reconozcan la prioridad de llevar a cabo las acciones de la Estrategia. En la figura siguiente se muestran los programas de promoción de la salud mental en vigor en los diferentes sectores sanitarios de Aragón (Fuente: Plan de Salud Mental 2017-2021).



Es imprescindible facilitar al máximo el trabajo cotidiano y que desde la administración sanitaria se generen y difundan herramientas útiles que favorezcan actuaciones coordinadas y adecuadamente dotadas. La **Historia Clínica Electrónica de Aragón** puede y debe convertirse en materia de prevención del suicidio en la herramienta para todos los niveles de salud, donde pueda converger la información clínica con los soportes para una evaluación correcta de los pacientes.

3.3. DAFO-CAME

Para realizar un diagnóstico de la situación de partida del modelo elegido para el diseño de la Estrategia se realizó el análisis DAFO.

Simultáneamente al DAFO se postulan elementos de análisis CAME (CAME son las acciones básicas que en función de los recursos disponibles y de las expectativas de evolución de la Estrategia a corto, medio y largo plazo se pueden aplicar a cada uno de los factores identificados en la matriz DAFO, es decir: **Corregir las debilidades propias, Afrontar las amenazas externas, Mantener las fortalezas intrínsecas de la Estrategia, Explotar las oportunidades que brinde el entorno**). DAFO/CAME

Debilidades percibidas

- ✓ Ausencia de historia previa de un Plan o Programa de Prevención del suicidio en nuestro territorio/ Ser el primero lo hace más complicado pero al mismo tiempo seguramente generará mayor interés y compromiso de los actores.
- ✓ Incertidumbres en la financiación/ Partida presupuestaria específica en próximos ejercicios.
- ✓ Datos epidemiológicos insuficientes, de baja calidad y de difícil recopilación por Sistema de Información de Salud Mental deficiente/ Extrapolación de datos del entorno cercano y lejano al ser un fenómeno global. Generación de registro a partir de la Estrategia.

- ✓ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD). Restringe el acceso a datos demográficos o clínicos de los suicidas y por tanto puede limitar la comprobación del impacto de las medidas propuestas. Además, al no poder localizar a familiares o allegados se cercenaría su posibilidad de beneficiarse de las medidas para supervivientes/ Propuesta de cauces para aminorar este obstáculo.
- ✓ Unidad de coordinación de salud mental de Aragón con escasas líneas preestablecidas de coordinación con los profesionales de la red de salud mental y con otras redes asistenciales o sociales/ Grupos de trabajo transversales y multisectoriales.
- ✓ Selección de un profesional sanitario externo al Departamento de Sanidad para coordinar la Estrategia/Esfuerzo por integración en la estructura del Departamento a partir de contactos regulares con sus técnicos.
- ✓ Imposibilidad logística de la Estrategia en su primer recorrido, de abarcar otros conocidos colectivos de riesgo o edades más tempranas a la adolescencia/ Selección en función de las tasas de suicidio de los colectivos más afectados.

Amenazas

- ✓ Ausencia de un plan estatal de prevención del suicidio/ Fuentes ministeriales contemplan una línea dentro de la revisión de la Estrategia de salud mental.
- ✓ Riesgo de inestabilidad política, (legislatura actual con ejecutivo en el Gobierno de Aragón fruto de pacto cuatripartito) / Inherente a cualquier etapa política y por tanto un riesgo en cualquier planificación estratégica. Sin embargo, al ser una estrategia de salud sin carga ideológica, en caso de cambio del escenario político se presentarían los objetivos logrados para propiciar su continuidad.
- ✓ Tabú y estigma social inherente al suicidio como freno para opciones pioneras en el diseño de la Estrategia/ El mero hecho de la aceptación de algunas de las áreas y sus compromisos ya supone una apuesta valiente por cambiar este punto de partida.
- ✓ Competencia en la captación de financiación o patronazgo por otras líneas sanitarias o sociales más consolidadas o clásicas/ Patronos o mecenas podrán apostar por líneas de prevención en salud hasta ahora inéditas.
- ✓ Modelo de trabajo innovador en el diseño de una Estrategia de Salud. Posibles resistencias por parte de colectivos profesionales o civiles que dificultarían su ejecución y resultados a medio o largo plazo/ Profesionales de prestigio del sector con explicitación de apoyos en los contactos realizados.
- ✓ Conseguir compilar profesionales referentes suficientes en el diseño de 13 áreas estratégicas/ Numerosos profesionales contactados con éxito.
- ✓ Varias líneas estratégicas dependientes del aval de la Administración del Estado/ Delegación del Gobierno en Aragón en sintonía con la Estrategia de prevención del suicidio en Aragón.
- ✓ Consejo Asesor en Salud Mental: posicionamiento de las Asociaciones de pacientes y de las Sociedades científicas/ Conocimiento del sector e inclusión de éste como actores en diversas áreas estratégicas como las Sociedades Científicas en el área de *Formación*.

Fortalezas

- ✓ Compromiso del Gobierno de Aragón para la actual legislatura (2019-2023) con áreas estratégicas factibles/ Mantenimiento del compromiso con la Estrategia con el cambio en Mayo 2020 de la titular del Departamento de Sanidad.
- ✓ Alineamiento con el Plan de Salud Mental 2017-2021 y el Plan de Salud de Aragón 2030, aprobados por el Gobierno de Aragón/ Corroborable mediante su consulta.
- ✓ Valor intangible añadido a ser la primera Estrategia específica en el sector de la salud mental en Aragón / Ninguna otra Estrategia o Plan específico en el área de la salud mental en marcha o en ciernes.
- ✓ Líneas estratégicas basándose en fuentes científicas y en el coste-efectividad / Constante actualización mediante su revisión por los grupos de trabajo.
- ✓ Modelo participativo en la confección de la Estrategia partiendo de un Documento Marco de trabajo con selección de los objetivos que son compromiso del Gobierno de Aragón / Representación de numerosos profesionales de todos los ámbitos profesionales y sectores sanitarios, educativos o sociales.
- ✓ Representación del “Equipo para la prevención del suicidio en Aragón”, líder en opinión consolidado sobre el suicidio, en los grupos de trabajo/ Apoyo expreso a la Estrategia, coliderando algunas de sus áreas.
- ✓ Capacidad para seleccionar profesionales ad hoc y revisores externos / Fundamental para el rigor en la Estrategia.
- ✓ Aprovechamiento de las tecnologías de la información (TIC) para el desarrollo de las medidas de la Estrategia / Alianza con el Centro de Gestión Integrada de Corporativos del Gobierno de Aragón.
- ✓ Posibilidad de incluir propuestas de acciones novedosas / Apertura de este cauce con los expertos en los grupos de trabajo que permitirá la incorporación de otras propuestas alineadas con los objetivos de las áreas estratégicas en cuestión.

Oportunidades

- ✓ Momento social propicio por concienciación creciente de la necesidad de combatir las altas tasas de suicidio / Recursos implementados para acometer el impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población y en el posible incremento de las tasas de suicidio.
- ✓ Objetivo prioritario de salud pública para el Ministerio de Sanidad y la OMS (2008) / Alertas generadas por ambas instituciones pre y post pandemia COVID-19.
- ✓ Posibilidad de establecer un marco estratégico diferencial con otros modelos de prevención del suicidio ya existentes, en base a la extracción y ajuste a nuestro entorno de aquellas medidas que hubiesen obtenido los mejores resultados contrastados en frenar el número de tentativas y muertes /

Oportunidad franca de incorporar el aprendizaje habido de las experiencias de otros planes de intervención, especialmente en las 16 CCAA españolas.

- ✓ Posibilidad de iniciar modelos de trabajo Interdepartamentales en salud implicando transversalmente mediante compromiso de adhesión a la mayoría de los Departamentos del Gobierno de Aragón, a la Delegación del Gobierno en Aragón, y diversas Administraciones públicas y entidades privadas implicadas / Aprovechar la Estrategia de prevención del suicidio en Aragón para abrir un camino de gestión compartida del abordaje de las patologías mentales y sus consecuencias (sociales, educativas, laborales, legales, etc.) por las distintas administraciones públicas.
- ✓ Inclusión de agentes y entidades externos al mundo sanitario, con modalidades de colaboración mediante el Patronazgo o la donación de activos intelectuales / Dar paso a la colaboración público-privada de la comunidad con un modelo de apertura transparente a las iniciativas externas de financiación en beneficio de poder añadir propuestas de prevención de calado universal.

ANÁLISIS DAFO		
	<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Compromiso del Gobierno de Aragón para la actual legislatura (2019-2023) con áreas estratégicas factibles. ✓ Alineamiento con el Plan de Salud Mental 2017-2021 y el Plan de Salud de Aragón 2030, aprobados por el Gobierno de Aragón. ✓ Valor intangible añadido. Primera Estrategia específica en el sector de la salud mental en Aragón. ✓ Líneas estratégicas basadas en fuentes científicas y en el coste-efectividad ✓ Modelo participativo. Documento Marco de trabajo con selección de los objetivos que son compromiso del Gobierno de Aragón ✓ Representación del “Equipo para la prevención del suicidio en Aragón”, líder en opinión consolidado sobre el suicidio. ✓ Capacidad para seleccionar profesionales ad hoc y revisores externos. ✓ Aprovechamiento de las tecnologías de la información. ✓ Posibilidad de incluir propuestas de acciones novedosas. 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausencia de un plan estatal de prevención del suicidio. ✓ Riesgo de inestabilidad política, legislatura actual con ejecutivo del Gobierno de Aragón cuatripartito. ✓ Tabú y estigma social inherente al suicidio como freno para opciones pioneras en el diseño de la Estrategia. ✓ Competencia en la captación de financiación o patronazgo por otras líneas sociales más consolidadas o clásicas. ✓ Modelo de trabajo innovador en el diseño de una Estrategia de Salud. Posibles resistencias. ✓ Conseguir compilar profesionales referentes suficientes en el diseño de 13 áreas estratégicas ✓ Varias líneas estratégicas dependientes del aval de la Administración del Estado. ✓ Consejo Asesor en Salud Mental: posicionamiento desconocido de las Asociaciones de pacientes y de las Sociedades científicas.
	<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausencia de historia previa de un Plan o Programa de Prevención del suicidio. ✓ Incertidumbres en la financiación. Presupuesto del Gobierno de Aragón cerrado, ejercicio 2020. ✓ Datos epidemiológicos del Sistema de Información de Salud Mental insuficientes, de baja calidad y de difícil recopilación. ✓ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD). Restringe el acceso a datos demográficos o clínicos de los suicidas. Limitar la comprobación del impacto de las medidas propuestas. Dificultades para localizar a familiares o allegados (supervivientes). ✓ Unidad de coordinación de salud mental de Aragón con escasos cauces preestablecidos de conexión con los profesionales de la red de salud mental y con otras redes asistenciales o sociales. ✓ Selección de un profesional sanitario ajeno al Departamento de Sanidad como Coordinadora responsable de la Estrategia. ✓ Imposibilidad logística de abarcar otros colectivos de riesgo. 	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Momento social propicio. Concienciación creciente de la necesidad de combatir las altas tasas de suicidio ✓ Objetivo prioritario de salud pública para el Ministerio de Sanidad y la Organización Mundial de la Salud (2008) ✓ Posibilidad de establecer un marco estratégico diferencial con otros modelos de prevención del suicidio ya existentes, en base a la extracción y ajuste a nuestro entorno de aquellas medidas que hubiesen obtenido los mejores resultados contrastados en frenar el número de tentativas y muertes. ✓ Posibilidad de iniciar modelos de trabajo interdepartamentales en salud. Implicación transversal mediante compromiso de adhesión de la mayoría de las Departamentos del Gobierno de Aragón, la Delegación del Gobierno en Aragón, y diversas Administraciones públicas y entidades privadas implicadas. ✓ Inclusión de agentes y entidades externos al mundo sanitario, con modalidades de colaboración mediante el Patronazgo o la donación de activos intelectuales.

3.4. Situación del suicidio en Aragón

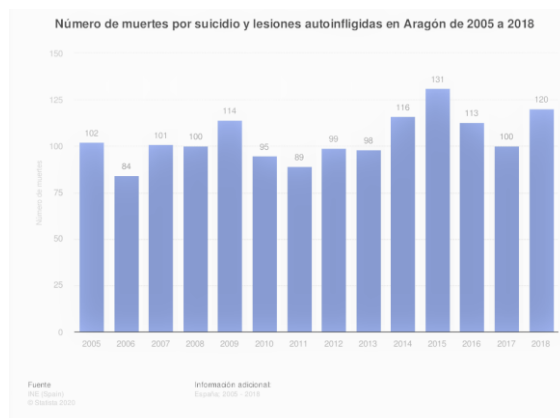
El suicidio en toda España es la primera causa de muerte externa. En 2004 la tasa fue de 8,21 casos/100.000 habitantes y en el año 2018 de 7,58/100.000 habitantes, 3.539 fallecimientos (un 3,8% menos que en 2017).

Aragón ese mismo año 2018 registró 120 suicidios según el Instituto Aragonés de Estadística, lo que configura una **tasa de 9,2/100.000 habitantes**, por encima de la media estatal. Fueron 25 las mujeres fallecidas y 95 los varones, de los cuales por provincias Teruel contabilizó 8 decesos (7 varones), Huesca 25 (23 varones) y Zaragoza 87 (65 hombres). La distribución por grupos de edad se muestra a continuación.

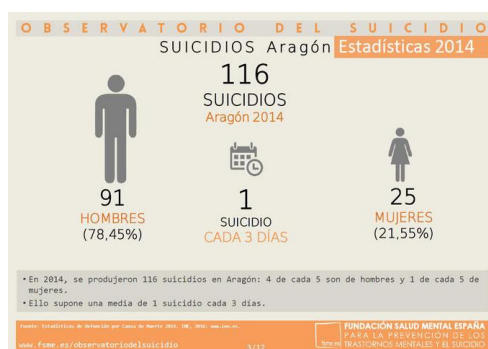
	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	>94	Total
098 Suicidio y lesiones autoinfligidas	0	0	0	4	10	22	26	22	14	11	10	1	120

Aragón: Defunciones por suicidio por grupos de edad en 2018.
Dirección General de Salud Pública. Dpto. de Sanidad.

En Aragón las muertes por suicidio han oscilado desde los 84 casos del año 2006 a los 131 del año 2015 (el de mayor casuística), con una **media de 113 fallecimientos por año** (Fuente INE).

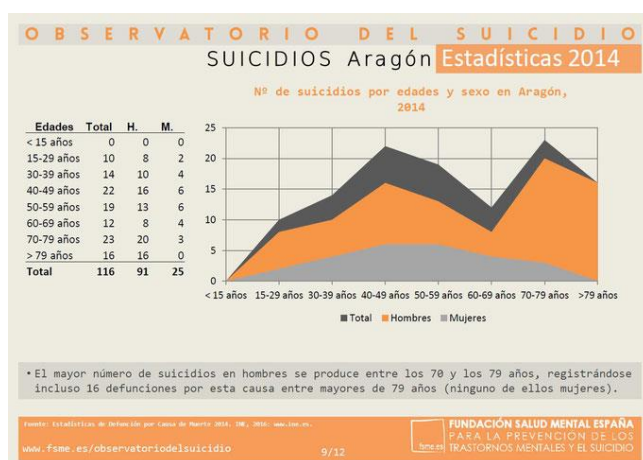


Estas cifras suponen aproximadamente **una muerte autoinfligida cada 3 días**.

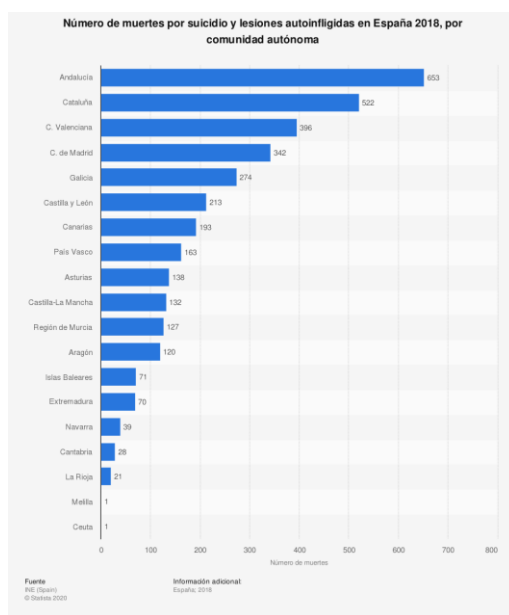


Durante 2017 los suicidios suponen el **0.7% de todas las muertes** y el 5,5% de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (APVP), con una razón de tasas hombre/mujer de 3. Ese mismo año fueron la tercera causa de mortalidad entre los niños de 5 a 14 años, sin la habitual disparidad debida al género ya que fue la segunda causa de muerte para las niñas (2 casos) y no apareciendo entre las 8 causas más frecuentes de los niños (Fuente: Dirección General de Salud Pública).

En 2018 a causa del suicidio los APVP (de 1 a 69 años), sumaron 1435 solo en la provincia de Zaragoza, siendo en total 402 en las mujeres y 1030 en los varones. Y eso es así a causa de que en 2018 en los grupos de edad **de 25 a 34 años y de 35 a 44 años el suicidio es la primera causa de muerte**, y la segunda entre las edades de 15 a 25 años. La magnitud de la tragedia con estas referencias se hace más evidente.



Tanto en 2017 como en 2018 en el caso de los varones se constituye como la primera causa de mortalidad en el tramo de 35 a 44 años, pasando en las mujeres de este grupo etario a alejarse y ser la 4ª causa.



No es objeto de este documento reportar los métodos empleados, pero de su revisión podemos decir que en más del 80% de las muertes se optó por acciones de **alta e inmediata letalidad**, con prácticamente nulas posibilidades de abortar la intención tanática.

Antes de concluir debemos recordar que los datos relativos a la Estadística de defunciones según causa de muerte se extraen de: Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción (CMD/BED), Boletín Estadístico de Defunción Judicial (BEDJ) y Boletín Estadístico de Parto (BEP). La codificación de las causas de defunción en España se basa en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la OMS que establece las reglas para identificar la causa básica de la defunción, siendo el epígrafe *098 Suicidio y lesiones autoinfligidas* el que compila el suicidio.

Numerosos expertos han señalado la necesidad de establecer análisis pormenorizados de estas muertes, poniendo de manifiesto la **escasa validez de las fuentes oficiales**, con cifras probablemente por debajo de las reales en un 10%-30% (Giner y Guija, 2014). Los clínicos han podido constatar fallecimientos consignados como suicidios cuando eran el fruto de una conducta delirante o impulsiva sin intencionalidad autolítica expresa y, justo en el polo opuesto, muertes con toda probabilidad deliberadas que fueron catalogadas como accidentales. Por otra parte, las tentativas de suicidio son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

Sirva esto para concluir que **las abultadas cifras oficiales infraestiman la realidad**, mucho más trágica aún.

4. Metodología

4.1. Creación de Documento Marco

4.1.1. Estructura organizativa

La **Dirección Estratégica** corresponde a la Dirección General de Asistencia Sanitaria (Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón).

La **Coordinadora de la Estrategia** de prevención del suicidio en Aragón tendrá entre sus funciones:

- Formular el planteamiento general, orientado al logro de los objetivos fijados junto a la Dirección General de Asistencia Sanitaria, y establecer el método para lograr las metas trazadas, proponiendo los recursos factibles que serán utilizados y las políticas aplicables.
- Supervisar la implementación y ejecución de los planes y métodos seleccionados para la consecución de los objetivos.
- Realizar el seguimiento y evaluación de la implementación durante el tiempo establecido para ello.
- Representar al Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón en foros y reuniones en relación a la prevención del suicidio.

La confección de la Estrategia gira en torno a **grupos de trabajo** independientes por cada área estratégica. La dirección de todos ellos, para no perder cohesión final, corresponde a la Coordinadora de la Estrategia. Los participantes serán profesionales reclutados en la red de salud mental y adicciones, en la Dirección General de Salud Pública, en otros Departamentos del Gobierno de Aragón concernidos y colaboradores externos. Este modelo pretende incrementar la operatividad y especificidad, no obstante, permitirá la permeabilidad entre los grupos de los progresos alcanzados, evitando sean comportamientos estancos. Este aspecto es fundamental ya que los objetivos de algunos grupos dependen de acciones concretas de otros.

El **apoyo administrativo** pivotará sobre la Unidad de Coordinación Autonómica de Salud mental.

4.1.2. Procedimiento de trabajo

1. Elaboración de Documento Marco especificando para cada área estratégica:
 - a. Justificación
 - b. Objetivos y medidas
 - c. Evaluación
2. Presentación del Documento Marco a los participantes por áreas definidas.

- a. Presentación de objetivos y compromisos mínimos establecidos en el Documento Marco
 - b. Facilitación a los participantes de material de trabajo y documentación apropiada sobre experiencias contrastadas
 - c. Diseño colaborativo de las acciones a desarrollar para la consecución de los objetivos y compromisos mínimos
 - d. Selección del procedimiento de implementación final
 - e. Indicadores de evaluación y de progreso del área estratégica
 - f. Ajuste definitivo al punto 1 con calendario de ejecución y revisión externa por expertos si el Departamento de Sanidad lo considera necesario
3. Redacción final del apartado correspondiente de la Estrategia de prevención del suicidio en Aragón.
 4. Adhesión a la Estrategia de la Delegación del Gobierno de España en Aragón, Administraciones públicas y entidades privadas implicadas, así como los Departamentos del Gobierno de Aragón concernidos.

4.1.3. Compromiso de adhesión institucional

La combinación de programas de prevención y promoción de la salud mental enmarcadas en las políticas públicas de salud, reducen el estigma, incrementan la eficiencia y conllevan consecuencias positivas diversas entre las cuales es fundamental la mejora de la capacidad de afrontamiento emocional de los individuos. Se requiere de esfuerzos al unísono de todas las organizaciones y sectores con responsabilidad en la salud mental como son el Gobierno del territorio, asociaciones no gubernamentales, empresas de salud, asociaciones profesionales y donantes.

Siendo así el Gobierno de Aragón ha determinado dar un carácter preeminente a esta Estrategia, y establecerá los cauces de **cooperación interinstitucional** necesarios para aunar esfuerzos y compromisos con la adhesión a la Estrategia de la Delegación del Gobierno en Aragón, Administraciones públicas y entidades privadas implicadas, así como los siguientes Departamentos del Gobierno de Aragón:

- Departamento de Sanidad
- Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales
- Departamento de Educación, Cultura y Deporte
- Departamento de Ciudadanía y Derechos sociales
- Departamento de Ciencia, Universidades y Sociedad del Conocimiento
- Departamento de Hacienda y Administración pública

Cuando este modelo no sea posible, la figura del **Convenio** entre la Administración Aragonesa y otras entidades u organizaciones públicas o privadas, fundaciones y

asociaciones permitirá alcanzar también compromisos que se consideren igualmente relevantes para la expansión de la Estrategia.

Se presentará la Estrategia en los **Órganos de participación del Gobierno de Aragón** como el Consejo Asesor de Salud Mental de Aragón, Consejo de Salud de Aragón, etc.

La **difusión** de la Estrategia es un punto esencial en el éxito de la misma. Con ese propósito se buscarán los cauces más propicios, considerando esenciales las actuaciones siguientes:

- Presentación oficial a la sociedad aragonesa por parte de la autoridad sanitaria
- Presentación de la Estrategia a los Departamentos del Gobierno de Aragón implicados
- Difusión del documento de la Estrategia en formato electrónico en apartado específico dentro de la web institucional del Gobierno de Aragón, así como de cuantos documentos se generen y se considere propicio divulgar por esta vía
- Presentación ad hoc de la Estrategia en foros de atención primaria, especializada, servicios sociales, de emergencias, educación, asociaciones civiles, etc.
- Actividades de formación online o presenciales a modo de tutorial
- Edición en papel

4.1.4. Sistema de seguimiento

En una acción preventiva de este calado, es tan necesario su diseño e impulso inicial como el valor que se le otorga al seguimiento proactivo de las medidas comprometidas.

El sistema de seguimiento de la evolución y cumplimiento de la Estrategia de prevención de suicidio en Aragón corresponderá al Departamento de Sanidad como su principal responsable y promotor, sin perjuicio de los mecanismos dispuestos en la estructura de la propia organización de la sociedad aragonesa que podrán igualmente efectuarla. Así el **Consejo de Salud de Aragón** contempla como una de sus funciones *Informar de los proyectos de planificación estratégica del Departamento competente en materia de salud y conocer la evaluación de su nivel de ejecución*, siendo el **Consejo Asesor de Salud Mental de Aragón** por su parte, el órgano colegiado de asesoramiento específico en materia de Salud Mental. De la misma forma el resto de los Órganos de participación del Gobierno de Aragón ya comentados podrán asesorar en el área de competencia que les es propia.

Sin perjuicio de todo ello podrá establecerse una **Comisión de seguimiento** de las áreas de la Estrategia de prevención del suicidio en Aragón, con competencia y regulación delimitada específicamente para este fin.

4.1.5. Sistema de evaluación

Las áreas estratégicas de prevención en intervención se desplegarán en forma de acciones que contarán con indicadores de evaluación. Los indicadores en una Estrategia preventiva de salud son claves ya que proporcionan información para analizar el **impacto de las medidas** efectuadas. De otra parte, también facilitan el examen de la **eficacia** y de las posibles mejoras a realizar.

Se estima que cada área estratégica deberá contar con un **mínimo de un indicador** sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos. Los indicadores serán diseñados por cada grupo de trabajo en concordancia directa con las acciones a efectuar.

Una vez arrancada la Estrategia la supervisión de los indicadores de evaluación corresponderá al Departamento de Sanidad. Resumiendo, la evaluación dentro del margen existente se plantea con un mínimo y un máximo de indicadores, espera un rango de cambios razonables, basado en la bibliografía, y mide intervenciones que operan sobre habilidades, actitudes, conocimientos y conductas.

4.1.6. Revisores externos

La Coordinadora de la Estrategia podrá solicitar el concurso de profesionales con experiencia en el desarrollo, implantación o seguimiento de planes preventivos de suicidio o de educación y promoción de la salud mental.

4.2. Grupos de trabajo de las áreas estratégicas definidas

4.2.1. Estructura organizativa, cronograma y composición de los grupos de trabajo

Las 13 áreas estratégicas contarán para su desarrollo con la **dirección** de la Coordinadora de la Estrategia o persona delegada y con un panel de consultores procedentes de los principales grupos profesionales o sociales implicados, pudiendo distribuirse roles o el trabajo a realizar.

El **cronograma** será establecido por el grupo de trabajo en función de la complejidad de las tareas a desempeñar. El periodo de desarrollo de cada área estratégica viene definido en este Documento Marco (5.3 RESUMEN GRÁFICO DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS). Hasta alcanzar su despliegue completo se intentará realizar al menos reuniones trimestrales de cada grupo con objeto de poner en común el trabajo desarrollado. Salvo excepciones concretas, los grupos tendrán una duración máxima en concordancia con el calendario de ejecución de la Estrategia.

La **composición** de los grupos de trabajo vendrá determinada por los objetivos y compromisos de las áreas estratégicas, contando con personas seleccionadas en base a su perfil técnico en el área estratégica en cuestión y a su experiencia en el desarrollo de acciones e indicadores en materia de prevención o promoción de la salud. Se primará la trayectoria de experiencia profesional que facilite el diseño de las acciones precisas que permitan alcanzar los objetivos y compromisos propuestos. Deberán contar con formación suficiente en la materia a trabajar.

Los participantes se escogerán desde los departamentos, entidades u organismos con interés o destino en las acciones o medidas propuestas. Para poder efectuar un trabajo ágil se estima que cada grupo no deberá superar los 10 miembros directos.

4.2.2. Procedimiento de desarrollo del área estratégica

La elaboración de cada una de las áreas estratégicas de la Estrategia se estructura mediante las siguientes **fases**:

1. Presentación del Documento Marco con las propuestas básicas de la Estrategia.
2. Desarrollo de las áreas de trabajo con revisión de documentación científica y de otros planes o estrategias similares con objeto de obtener información de utilidad para el diseño de las actuaciones y compromisos señalados en el Documento Marco.

3. Sesiones de trabajo y discusión de las propuestas aportadas por los miembros de los equipos de cada área estratégica hasta su elaboración definitiva.

4.2.3. Calendario de ejecución

Cada grupo de trabajo diseñara un cronograma acorde con las acciones a realizar y en función del grado de complejidad existente. Todos los grupos deberán haberse iniciado a lo largo del año 2021. Se considera que durante el **periodo 2020-2023** el 80% de los compromisos estarán en curso.

4.2.4. Financiación

La financiación de un proyecto estratégico de esta envergadura es responsabilidad del Gobierno de Aragón, lo que no obsta para que en algunas acciones de la **Línea estratégica de prevención universal y selectiva** pueda concursar financiación privada. La firma de protocolos o convenios específicos que contribuyan a mejorar los medios propios del sistema público de salud podrán efectuarse con los procedimientos administrativos que la Comunidad Autónoma tiene establecidos para estos supuestos. En el caso de la **Línea estratégica de intervención** la financiación será exclusivamente pública.

5. Líneas estratégicas

5.1. LINEA ESTRATÉGICA DE PREVENCIÓN UNIVERSAL Y SELECTIVA. ÁREAS ESTRATÉGICAS

5.1.1. ÁREA ESTRATÉGICA MEDIOS DE COMUNICACIÓN

5.1.1.1. Justificación

Existen multitud de estudios, revisiones e incluso metaanálisis, que señalan el papel de los medios de comunicación en el suicidio. En general puede decirse que han evidenciado que el tratamiento informativo del suicidio puede provocar conductas de imitación, especialmente cuando se notifica el método utilizado o cuando el suicida es una persona famosa. Este fenómeno se ha denominado **efecto Werther**, en recuerdo del suicidio por desamor del personaje de la novela homónima de Goethe (1774, *Las penas del joven Werther*) que originó una oleada de suicidios entre sus lectores, la mayoría varones jóvenes.

Sinyor et al (2018) publicaron un gran estudio que identificó asociaciones significativas entre varios elementos específicos de las noticias de los medios de comunicación y las muertes suicidas, lo que sugeriría que informar sobre el suicidio puede tener un impacto significativo en las muertes por suicidio y que los periodistas y **los medios de comunicación deben considerar cuidadosamente el contenido de la información** antes de publicarla.

En el otro extremo, también se ha descrito el **efecto Papageno**, que se refiere al efecto preventivo del suicidio en el espectador cuando se exponen ejemplos de personas que inicialmente han pretendido quitarse la vida pero finalmente no han consumado el suicidio superando el momento y las dificultades. Su nombre deriva de Papageno, protagonista de la ópera “La Flauta Mágica” de Mozart, que enamorado y no correspondido decide matarse, desestimándolo gracias a la intervención de otros personajes. En algunos países (p.ej. Bélgica o Dinamarca), conscientes de la significación de éste área, se organizan premios honoríficos para aquellos periodistas que informan de forma adecuada sobre el suicidio. Otras iniciativas para potenciar estas prácticas son los Observatorios del trato digno en salud mental.

La OMS en el año 2000 elaboró un documento para ayudar a los profesionales de la información en esta tarea. A continuación mostramos el resumen operativo que les recomienda:

RESUMEN SOBRE QUÉ HACER Y QUÉ NO HACER

QUÉ HACER

- Trabajar estrechamente con autoridades de la salud en la presentación de los hechos.
- Referirse al suicidio como un hecho logrado, no uno exitoso.
- Presentar sólo datos relevantes en las páginas interiores.
- Resaltar las alternativas al suicidio.
- Proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios.
- Publicitar indicadores de riesgo y señales de advertencia.

QUÉ NO HACER

- No publicar fotografías o notas suicidas.
- No informar detalles específicos del método usado.
- No dar razones simplistas.
- No glorificar ni sensacionalizar el suicidio.
- No usar estereotipos religiosos o culturales.
- No aportar culpas.

En Aragón, fruto del trabajo desarrollado en los últimos años, se observa una mayor conciencia en los medios de comunicación sobre las directrices a seguir al reportar información sobre el suicidio. Tanto es así que, en el mes de mayo de 2020, tras dos meses de epidemia COVID en nuestro país, se presentó a la Asociación de periodistas de Aragón la propuesta de remitir a todos sus socios el documento *“Informar sobre el suicidio durante la pandemia Covid-19 (versión abreviada)”* redactado por la Asociación Internacional para la prevención del suicidio (IASP) y traducido por el Equipo para la prevención del suicidio en Aragón. Este documento fue inmediatamente incorporado a su web y a las de otras asociaciones de periodistas, como la de Madrid.

El reto es ir un paso más allá, continuando con el compromiso firme por parte de los profesionales de la información en el tratamiento cuidadoso de las noticias sobre suicidio y salud mental pero introduciendo con rigor iniciativas novedosas y proactivas en los grandes medios de comunicación con campañas de promoción de la salud mental y de prevención del suicidio.

5.1.1.2. Objetivos y medidas

Objetivos:

1. Modificar las actitudes sociales ante las conductas autolíticas con difusión de información adecuada y campañas de sensibilización social, como elemento esencial contrastado del éxito de los programas de prevención
2. Aprovechar el significativo papel de los medios de comunicación para influir activamente sobre las creencias y comportamientos de la población en la salud mental y en la prevención del suicidio.

Compromisos mínimos

1. Compromiso/pacto de tratamiento mediático del suicidio según estándares recomendados por la OMS o similares, con asociaciones profesionales y empresas de medios de comunicación de Aragón.
2. Campaña divulgativa de promoción de la salud mental y prevención del suicidio mediante anuncio en televisión/radio autonómica pública con libre suscripción por cadenas/emisoras privadas.
3. Campaña de prevención del suicidio en otros medios: internet, prensa escrita, redes sociales, salas de cine, etc.

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinador de la Estrategia
- Un profesional de la red de salud mental
- Asociación de periodistas de Aragón
- Asociación de fotoperiodistas de Aragón
- Informadores de la salud (ANIS)
- Universidad de Zaragoza. Departamento de Lingüística General e Hispánica. Periodismo.
- Universidad San Jorge. Grado de Periodismo.
- Corporación Aragonesa de Radio y Televisión (CARTV)
- Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón (COPPA)
- Teléfono de la Esperanza

Financiación

Pública o/y privada:

- Presupuesto del Gobierno de Aragón para campañas de Salud pública.
- Presupuesto del Gobierno de Aragón para espacios en la CARTV
- Patrono o mecenas

5.1.1.3. Evaluación

Los indicadores (un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos) que se proponen son:

- ✓ Ratificación bienal del pacto de tratamiento mediático del suicidio con las asociaciones profesionales y empresas de medios de comunicación del territorio
- ✓ Número de actividades divulgativas audiovisuales/año desarrolladas en medios de comunicación de Aragón de promoción de la salud mental y prevención del suicidio.
- ✓ Número de actividades divulgativas de promoción de la salud mental y prevención del suicidio, desarrolladas en otros medios.

5.1.2. ÁREA ESTRATÉGICA BARRERAS

5.1.2.1. BARRERAS FARMACÉUTICAS

5.1.2.1.1. Justificación

El año 2018 en Aragón, según datos del INE, aproximadamente un **20% de los suicidios se consumaron mediante sobreingestas farmacológicas**. Sabemos, por la literatura científica y la experiencia en emergencias sanitarias, que las intoxicaciones medicamentosas agudas (especialmente por psicofármacos) están presentes en un elevado porcentaje de tentativas autolíticas y de muertes por suicidio. En éstas últimas se utiliza también como forma de ejecutar otros medios más letales como el ahorcamiento o la precipitación desde alturas.

En España la dispensación de psicofármacos se realiza mediante obligada prescripción facultativa, sin embargo, hay acceso sin receta a otros medicamentos como los analgésicos que juegan un papel importante en el suicidio. En las recetas de Tratamiento de Larga Duración (T.L.D.) se podrá dispensar hasta un máximo de 4 envases a excepción de las insulinas en viales multidosis o aquellas otras que se determinen legalmente (*Orden de 30 de junio de 2008 de la Vicepresidencia del Gobierno de Aragón*). En algunos países, según la *European Alliance Against Depression*, los tamaños de los envases se han limitado con el fin de no poder disponer en un único envase de suficiente dosis letal.

Se hace necesario revisar la **dispensación de psicofármacos** y otros fármacos de acuerdo a la normativa vigente (*R.D. 1718/2010, de 17 de diciembre, última modificación 23 de diciembre de 2015*), de tal manera que permita a los facultativos ajustar el número de envases a dispensar y a los farmacéuticos contribuir a evitar riesgos. En este sentido los farmacéuticos de las oficinas de farmacia, en calidad de profesionales sanitarios, tienen la potestad de bloquear cautelarmente la dispensación en supuestos preestablecidos (*“cuando se aprecie un error manifiesto en la prescripción, inadecuación de ésta a la medicación concomitante, alerta de seguridad reciente o cualquier otro motivo que pueda suponer un riesgo grave y evidente para la salud del paciente”*), comunicándolo de forma telemática al médico prescriptor. El galeno deberá revisar la prescripción bloqueada cautelarmente procediendo a su anulación o reactivación según lo considere. Este plan se hará extensivo a las dispensaciones hospitalarias, comunicando al especialista prescriptor las incidencias que se detecten (*“teniendo en cuenta las especiales características de estos tratamientos, los farmacéuticos responsables podrán acceder a los datos clínicos necesarios para garantizar la efectividad y seguridad de la dispensación del medicamento”*).

Este plan de dispensación va especialmente dirigido a aquellos pacientes que tienen prescritos medicamentos con alta letalidad a dosis bajas (por ejemplo, tricíclicos,

Inhibidores de la Monoaminoxidasa-IMAOs o litio) o en el caso de la solicitud de dosis importantes de analgésicos.

La extensión a muchos facultativos de la sanidad pública de la prescripción en Receta Electrónica ofrece otras alternativas para mejorar la seguridad. Gracias a ello en situaciones de percepción de riesgo pueden modificarse e incluso retirarse prescripciones en todos los niveles asistenciales (urgencias, atención primaria y especializada). Además las **alertas periódicas puntuales al prescriptor**, en los fármacos más habitualmente asociados a la conducta suicida, pueden ser una herramienta preventiva más, establecida en coordinación con el Servicio de Farmacia del Servicio Aragonés de Salud.

5.1.2.1.2. Objetivos y medidas

Objetivos

1. Disminuir el riesgo de accesibilidad a dosis de fármacos con potencial letal.
2. Aprovechar el espacio de las oficinas de farmacia como elemento sensibilizador y divulgador en la prevención del suicidio.

Compromisos mínimos

1. Valorar y en su caso establecer un plan de dispensación de psicofármacos que acote los riesgos de sobreingestas.
2. Establecer cauces para favorecer la formación continuada de los farmacéuticos en materia de salud mental y de prevención del suicidio.
3. Suministrar posters y dípticos informativos de prevención del suicidio a las oficinas de farmacia.

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinador de la Estrategia
- Servicio de Farmacia. Servicio Aragonés de salud
- Colegios de Farmacéuticos de Aragón
- Colegios de Médicos de Aragón

Financiación

Pública o/y privada:

- Presupuesto del Gobierno de Aragón para campañas de Salud pública.
- Patrono o mecenas

5.1.2.1.3. Evaluación

Los indicadores (un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos) serán diseñados en concordancia con las acciones a efectuar.

5.1.2.2. BARRERAS TELEMÁTICAS

5.1.2.2.1. Justificación

La prevención del suicidio precisa de intervenciones comunitarias basadas en estrategias multiniveles. La sociedad actual dispone de enormes facilidades de acceso a la información a través de internet y diferentes apps, lo cual es más evidente aún en el grupo de los adolescentes y adultos jóvenes. Según la Brigada de Investigación Tecnológica de la Policía existen lagunas jurídicas sobre las páginas web que hacen apología del suicidio, que explican cómo llevarlo a cabo, que muestran incluso imágenes violentas como cadáveres o la simulación de tentativas.

En el otro polo la concienciación y presión ciudadana han favorecido la puesta en funcionamiento de algoritmos informáticos para la detección de riesgo suicida. Es una forma más de tratar de predecir o detectar perfiles suicidas que ya ha está siendo aplicada en algunas redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter, o incluso el buscador Google. Existen programas como el *The Tree Hole Rescue Group* de la Universidad Libre de Amsterdam donde internautas voluntarios a partir del rastreo de un software intervienen para contactar o localizar al sujeto en riesgo de suicidio y así tratar de frenarlo. También, en estos medios de comunicación social y otros como YouTube, Tumblr, etc. disponen de formas de denunciar contenido que parezca de riesgo suicida y conseguir ayuda. Sin embargo, cada uno de los medios sociales tiene un procedimiento diferente, debiendo ser el internauta el que busque cómo hacerlo.

No obstante, a falta de una normativa legal más restrictiva para contenidos que promueven o aleccionen sobre conductas suicidas, **es necesario sensibilizar a la sociedad en su conjunto en la denuncia de estas páginas**, esencialmente para la defensa del menor frente a la información que pueda dañar su salud y desarrollo.

En suma, nos planteamos al menos iniciar acciones de concienciación social entre los aragoneses para que Internet no sea un instrumento que promueva el suicidio. De la colaboración con la Escuela de Salud de Aragón se valorará el diseño de páginas web para todo lo contrario, la promoción de la salud mental y prevención del suicidio. Uno de los pilares básicos de actuación de la política sanitaria en el marco de nuestro Sistema de Salud es el empoderamiento de los usuarios y de todos los agentes implicados mediante la información de calidad, la educación para la salud, la transmisión del conocimiento y la participación en la toma de decisiones.

La universidad reúne varias de las características esenciales al ser por un lado, un centro de trabajo, por otro un centro educativo. Por ello en cuanto a la **implicación de la población universitaria**, el modelo de *Universidad Saludable* incorpora la promoción de la salud en su proyecto académico y laboral, con la finalidad de potenciar el desarrollo humano y mejorar la calidad de vida de los que allí estudian o

trabajan y además, formarlos con la finalidad de que actúen como modelos o promotores de conductas saludables con sus familias, en sus futuros entornos laborales y en la sociedad en general como agentes de opinión significativos.

5.1.2.2.2. Objetivos y medidas

Objetivos

1. Disminuir el riesgo de suicidio asociado a las redes sociales y páginas web que hacen apología e inducción al suicidio con medidas que protejan los derechos del público.
2. Concienciar a grupos profesionales y colectivos vulnerables de los mecanismos legales y policiales existentes para disminuir el riesgo de apología e inducción al suicidio en páginas web y redes sociales.

Compromisos mínimos

1. Informar y concienciar a la población adolescente y joven del riesgo de utilización y divulgación de estas páginas mediante publicidad ad hoc.
2. Divulgar, en los grupos profesionales y colectivos vulnerables, la responsabilidad y el procedimiento de puesta en conocimiento del Servicio de Políticas Públicas y Ordenación Audiovisual del Gobierno de Aragón de los sitios de internet con contenidos que incitan o facilitan alcanzar la muerte por suicidio para su estudio y denuncia ante la Fiscalía si procediera.

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinador de la Estrategia
- Servicio de Políticas Públicas y Ordenación Audiovisual, Departamento de Presidencia y Relaciones Institucionales. Gobierno de Aragón
- Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado
- Departamento de Educación del Gobierno de Aragón
- Universidad de Zaragoza
- Universidad San Jorge

Financiación

Pública o/y privada:

- Presupuesto del Gobierno de Aragón para campañas de Salud pública.
- Patronos o mecenas.

5.1.2.2.3. Evaluación

Los indicadores (un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos) serán diseñados por el grupo de trabajo en concordancia directa con las acciones a efectuar.

5.1.3. ÁREA ESTRATÉGICA COLECTIVOS DE MAYOR VULNERABILIDAD

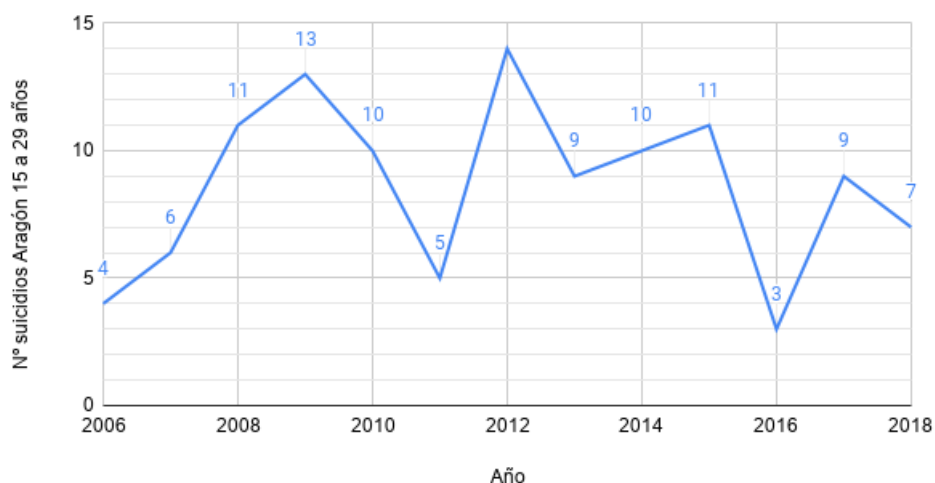
5.1.3.1. POBLACIÓN ADOLESCENTE

5.1.3.1.1. Justificación

El suicidio es **una de las principales causas de muerte** entre jóvenes de 15 a 29 años, especialmente si existe comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y consumo de tóxicos o los abusos de cualquier tipo y muy especialmente el acoso por parte de iguales (bullying y/o ciberbullying).

En Aragón todos los años se suceden suicidios en la franja de edad de 15 a 29 años, habiendo alcanzado el pico durante los años 2009 y 2012, con 13 y 14 casos respectivamente.

Nº suicidios Aragón 15 a 29 años frente a Año



Fuente INE

Aunque sigue siendo más frecuente entre los varones se observa un progresivo **incremento de muertes entre las adolescentes**, donde parece jugar un importante papel los trastornos de la imagen corporal. En 2019 se publica un estudio (Spiller y col.) que recoge únicamente datos de sobreingestas y envenenamientos en Estados Unidos desde 2000 a 2018 en las edades de 10 a 24 años. En el grupo de 10 a 15 años de 2000 a 2010 hubo un incremento significativo de más del doble de sucesos. Desde 2011 a 2018 y entre los 10 y los 18 años el incremento se produjo fundamentalmente entre las adolescentes, unas 60.000 chicas realizaron intoxicaciones, suponiendo el 71% del total. Independientemente de la edad y el género, el porcentaje de consecuencias graves e incluso letales aumentó de forma continuada con el paso del tiempo y con la edad, llegando a las 45.857 consecuencias graves y a las 1.404 muertes.

Existen múltiples hipótesis de este fenómeno que incluyen el papel de los cambios generacionales, los estresores sociales (económicos, divorcio de los padres, presiones del entorno, maltrato), la interacción en **entornos digitales** que, paradójicamente, pueden incrementar el aislamiento social, favorecer el aprendizaje vicario (a través de la experiencia externa) y finalmente facilitar el conocimiento o acceso a métodos de suicidio. Series de televisión como “*13 Razones*” pueden conducir a pensar que el suicidio es algo normal y hacer que el adolescente se sienta cómodo pensando en hacerlo el mismo.

La OMS considera necesario involucrar y mejorar la capacitación de los propios estudiantes en los programas de prevención ya que se considera que lo más probable es que acudan a otro estudiante durante las primeras etapas de la ideación suicida. Un intento de suicidio previo (Bella, Fernández y Willington, 2010) es el predictor más importante de una conducta suicida infantil o adolescente y no podemos obviar que algunos de estos intentos quedan en el más absoluto secreto, o en ocasiones solo compartidos con iguales. De ahí que los consejeros y orientadores que trabajan en los centros de educación secundaria son agentes imprescindibles (*Gatekeeper*) para explorar y atender también las necesidades emocionales de los estudiantes y también para afrontar el **suicidio de otro estudiante**.

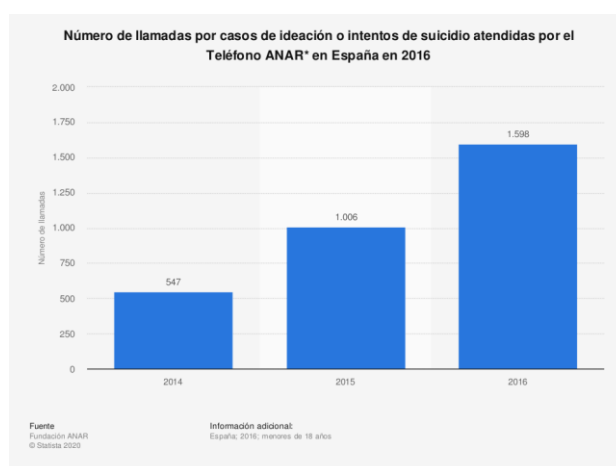
Finlandia realizó una exitosa estrategia de prevención del suicidio durante una década dirigida al sistema educativo público y con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud mental. La recomendación es desarrollar intervenciones preventivas cuidadosamente preparadas en los centros docentes, preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades, para la prevención de la depresión y del suicidio.

Mosquera (2016) en una revisión sobre la conducta suicida infantil encuentra que las intervenciones más eficaces son aquellas que se realizan en el **ámbito escolar**. Recoge algunas de las intervenciones recomendadas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en la *Guía de Práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia, Actualización* (2018) y la *Guía de práctica clínica sobre la prevención y tratamiento de la conducta suicida* (2012, actualización sept. de 2020):

- Programas de prevención del suicidio en el currículo educativo
- Programas basados en el entrenamiento en habilidades sociales
- Programas de prevención de cribado sobre la depresión, ideación suicida y conducta suicida previa, utilizando entrevistas individuales y test autoaplicados
- Tratamiento en el ámbito escolar
- Intervenciones tras un suicidio para familiares, amigos y profesores
- Entrenamiento de figuras clave para detectar el riesgo de suicidio en los adolescentes

Una de las escalas de constructos relacionados con el suicidio es la denominada *Razones para vivir*, con 48 sentencias en versión para los adolescentes en modalidad

autoaplicada que se encuentra validada a nuestro idioma por Oquendo. Programas a través de vídeos o presentaciones, como el de *Signos de suicidio (SOS)* diseñado para el conocimiento además del cribado, han demostrado su efectividad para reducir el comportamiento suicida en la enseñanza secundaria, determinando significativamente tasas más bajas de tentativas, un mayor conocimiento y actitudes más adaptativas sobre la depresión y el suicidio entre los estudiantes incluidos (Aseltine et al., 2007). La disponibilidad de líneas telefónicas de ayuda y orientación para menores en riesgo también puede ser muy útil como recogen las casuísticas de algunas de las ya existentes.



Es tarea ingente pero necesaria preparar a nuestros futuros jóvenes potenciando sus habilidades de afrontamiento de las situaciones dolorosas, de las frustraciones, las expectativas no cumplidas y, en definitiva, del sufrimiento psíquico. La Enseñanza Secundaria Obligatoria, donde todos los adolescentes de 12 a 16 años se forman académicamente, parece el sitio más propicio para la **formación en regulación emocional**.

El suicidio de un adolescente es un inquietante suceso para todo su entorno, pero en el más inmediato, el familiar, se convierte en devastador. El **suicidio de un hijo** es un factor estresante de tal magnitud que hace difícil poder superarlo, siendo mucho mayor al que provocan el suicidio de un progenitor, pareja o hermano. Esta realidad no debe ser descuidada nunca, con implementación de medidas específicas para disminuir los graves riesgos inherentes.

5.1.3.1.2. Objetivos y medidas

Objetivos

1. Mejorar la detección precoz del riesgo y el abordaje de la conducta suicida en población adolescente en su entorno académico, residencial y social.
2. Facilitar estrategias en educación emocional y psicoeducación en los profesionales de educación y servicios sociales en contacto con adolescentes.

Compromisos mínimos

1. Implantación de un procedimiento de intervención preventiva y de abordaje de la conducta suicida en los centros de enseñanza secundaria y de atención a menores del Gobierno de Aragón.
2. Desarrollo e incorporación de un plan anual de formación en la detección y prevención de conductas suicidas para los docentes de centros educativos de enseñanza secundaria y para los profesionales en contacto con menores de edad con adhesión de los Departamentos del Gobierno de Aragón implicados.

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinador de la Estrategia
- Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón
- Profesionales de la red de Salud mental infantojuvenil
- Departamento de Educación, Cultura y Deporte del Gobierno de Aragón
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Departamento de Ciudadanía y Derechos sociales del Gobierno de Aragón
- Instituto Aragonés de la Juventud; Departamento de Ciudadanía y Derechos sociales del Gobierno de Aragón
- Asociación Aragonesa de Pediatría de Atención Primaria o/y Sociedad de pediatría de Aragón

Financiación

Pública o/y privada:

- Gobierno de Aragón
- Patrono o sponsor

5.1.3.1.3. Evaluación

Los indicadores (un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos) serán establecidos en concordancia directa con las acciones a efectuar.

5.1.3.2 PERSONAS MAYORES

5.1.3.2.1. Justificación

Se estima que **entre el 30 y el 50 % de los suicidios** en las sociedades desarrolladas se producen en mayores de 60 años, siendo el colectivo de mayor riesgo. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud reconoce que los factores de riesgo vinculados con el suicidio en población mayor son principalmente la presencia de condiciones o enfermedades crónicas asociadas, estado terminal de enfermedad, trastornos mentales (especialmente la depresión), conflictos o estrés en las relaciones interpersonales, aislamiento social, la soledad y el abuso de sustancias.

El **índice de envejecimiento de Aragón** es del 136% (*alto grado de envejecimiento*), siendo la 5ª CA más envejecida de España, como se muestra en las siguientes tablas y figuras (Fuente: Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021).

Estructura de la población por edad y sexo. Año 2015.

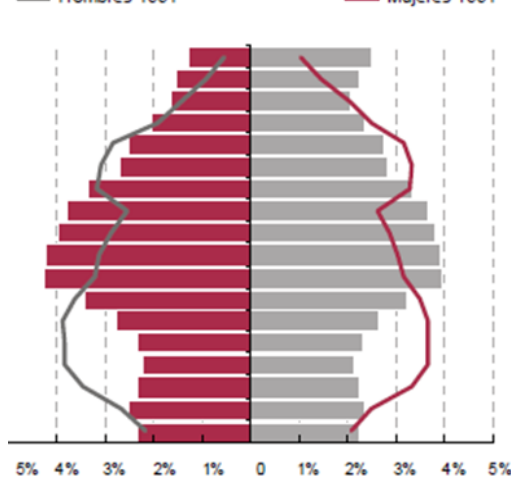
Unidad: número de habitantes.

	Aragón				España			
	Total	Hombres	Mujeres	%	Total	Hombres	Mujeres	%
Total	1.317.847	652.687	665.160	100	46.624.382	22.890.383	23.733.999	100
0 a 14	185.289	95.237	90.052	14,06	7.019.924	3.607.328	3.412.596	15,06
15 a 34	278.448	142.843	135.605	21,13	10.533.437	5.336.723	5.196.714	22,59
35 a 54	415.553	213.993	201.560	31,53	15.011.850	7.591.562	7.420.288	32,20
55 a 64	161.260	80.274	80.986	12,24	5.485.186	2.678.498	2.806.688	11,76
65 a 84	227.194	103.100	124.094	17,24	7.271.240	3.252.586	4.018.654	15,60
85 y más	50.103	17.240	32.863	3,80	1.302.745	423.686	879.059	2,79

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2015.

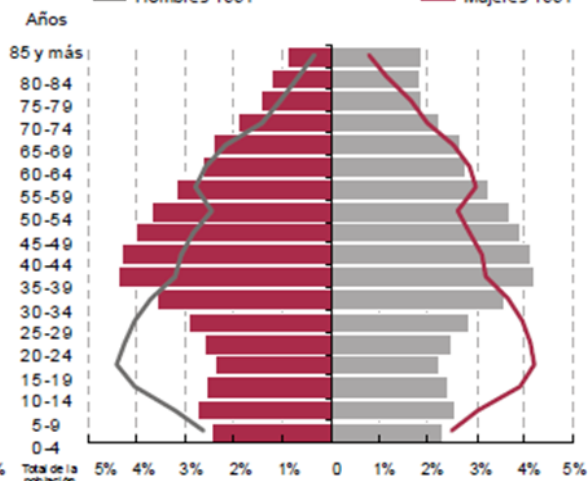
Pirámide de población. Aragón.
Años 1991 y 2015.

■ Hombres 2015 ■ Mujeres 2015
— Hombres 1991 — Mujeres 1991



Pirámide de población. España.
Años 1991 y 2015.

■ Hombres 2015 ■ Mujeres 2015
— Hombres 1991 — Mujeres 1991



La percepción subjetiva de un nulo o escaso número de personas con las que puedas contar, es decir, **la falta de apoyo social**, ha sido descrita como uno de los factores de riesgo del suicidio consumado (Overholser et al., 2012). Los datos proporcionados sobre los determinantes de salud por la Encuesta Europea de Salud en el año 2014 muestran la vulnerabilidad social que presentan los aragoneses de más de 65 años.

Elaboración Instituto Aragonés de Estadística.

Personas con las que puede contar ante un problema grave, población de 15 y más años

	Total	Ninguna	1 o 2 personas	De 3 a 5 personas	Más de 5 personas	No sabe/ no contesta
Aragón						
Total	100,00	0,68	13,50	36,18	48,68	0,96
Sexo: Hombres	100,00	0,87	13,11	36,89	48,25	0,87
Sexo: Mujeres	100,00	0,49	13,89	35,49	49,10	1,05
Edad: Menor de 65 años	100,00	0,61	13,73	34,81	49,97	0,88
Edad: De 65 y más años	100,00	0,90	12,75	40,66	44,47	1,21

La Encuesta Nacional de Salud (2011) describe que el **índice de dependencia** de personas mayores de 65 años es más frecuente en mujeres que en hombres, siendo globalmente en Aragón de los más altos de España.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	%
Andalucía (AN)	48,24
Aragón (AR)	53,86
Asturias, Principado de (AS)	53,37
Baleares, Illes (IB)	43,89
Canarias (CN)	41,14
Cantabria (CB)	50,88
Castilla y León (CL)	56,29
Castilla - La Mancha (CM)	50,91
Cataluña (CT)	51,92
Comunitat Valenciana (VC)	50,67
Extremadura (EX)	51,26
Galicia (GA)	55,55
Madrid, Comunidad de (MD)	48,40
Murcia, Región de (MC)	48,55
Navarra, C. Foral de (NC)	53,01
País Vasco (PV)	54,55
La Rioja (RI)	53,19
Ceuta (CE)	47,37
Melilla (ML)	50,50
España (ES)	50,37

Una revisión sistemática sobre los programas de prevención del suicidio en las personas mayores de 60 años (Lapierre et al., 2011) refleja que todavía son

descuidados. Otras conclusiones son que la mayoría de los programas se centraron en la reducción de los factores de riesgo, siendo eficaces en reducir la ideación suicida, especialmente en las mujeres. Estrategias innovadoras serían las que incrementaran la resiliencia, el envejecimiento positivo e involucraran a familiares, vecinos y otros miembros de la comunidad de pertenencia.

Es pronto para disponer de datos respecto a las muertes autoinfligidas en ciudadanos de la tercera edad durante y tras la **pandemia COVID-19**. Sin embargo, hay datos de que en 2003 la epidemia de SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Grave, en inglés Severe Acute Respiratory Syndrome) se asoció con un mayor riesgo de suicidio en ancianas, pero no en ancianos o en población menor de 65 años. Factores como el colapso de la red social y el acceso limitado a la atención médica podrían haber potenciado el riesgo biopsicosocial para el suicidio. Las mujeres mayores, por su disposición previa a utilizar los servicios sociales y de salud, posiblemente fueron más susceptibles a los efectos de la suspensión temporal de esta asistencia durante la epidemia (Chan y cols., 2006). Otro estudio que valoró el mismo periodo concluye, que fue la soledad y la desconexión social en las personas mayores lo que probablemente se asoció al exceso de suicidios (Cheung et al., 2008). Mantener y acrecentar el bienestar mental durante la epidemia es tan importante como frenar su propagación. Se debe prestar atención a la mejora del afrontamiento del miedo y la ansiedad, especialmente en grupos vulnerables como el de la senectud para prevenir trágicas muertes suicidas.

Cualquier escenario nos empuja al desarrollo de intervenciones preventivas, que incrementen la sensibilización de la grave realidad de las muertes por violencia autointencional entre nuestros mayores, apostando por la detección de riesgos y la profilaxis de la depresión en los entornos residenciales, geriátricos, y de atención sanitaria o social.

5.1.3.2.2. Objetivos y medidas

Objetivos

1. Mejorar los sistemas de evaluación del riesgo y el abordaje de la conducta suicida en población anciana en su entorno residencial, familiar y social.
2. Formación en salud mental de los agentes implicados en la atención a las personas mayores.

Compromisos mínimos

1. Desarrollo e incorporación de un plan anual de formación en la detección y prevención de conductas suicidas para los sanitarios y profesionales de servicios residenciales o sociales en contacto con ancianos con compromiso de los Departamentos del Gobierno de Aragón implicados.
2. Implantación de un procedimiento de intervención preventiva y de abordaje de la conducta suicida para personas mayores en los centros residenciales y de día de Aragón.

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinador de la Estrategia o persona en quien delegue
- Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón
- Salud mental psicogerítrica
- Atención Primaria de salud. Servicio Aragonés de Salud
- Sociedad Aragonesa de Geriatria y Gerontología
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Departamento de Ciudadanía y Derechos sociales del Gobierno de Aragón
- Entidades del sector con atención a personas mayores con factores de riesgo

Financiación

Pública o/y privada:

- Gobierno de Aragón
- Patrono o sponsor

5.1.3.2.3. Evaluación

Los indicadores (un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos) serán diseñados en concordancia directa con las acciones a efectuar.

5.1.3.3 POBLACIÓN CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

5.1.3.3.1 Justificación

La relación del alcohol con el suicidio está sobradamente documentada. La OMS (Prevención del suicidio, un instrumento para médicos generalistas. 2000) estima que si existe un trastorno del humor (principalmente depresión), el riesgo de suicidio es del 6-15%; y si existe un alcoholismo del 7-15%. La variable relacionada con un mayor riesgo de suicidio (estudio ESEMED, Bernal et al., 2007) fue el abuso de alcohol, por encima de la muy asumida variable depresión.

La prevalencia de los trastornos relacionados con el alcohol es mayor en los **hombres**. En un estudio nacional en los EE.UU. la prevalencia de dependencia del alcohol de 12 meses y de por vida, respectivamente, fueron de 10.7% y 20.1% para hombres y 3.7% y 8.2% para mujeres (Kessler et al. 1994).

En diez de trece países de cultura occidental se asoció positivamente las tasas de suicidio con el **consumo per cápita de alcohol** (Pirkola et al., 2004), aunque este estudio no incorporaba ningún país de cultura mediterránea. Portugal, sin embargo, tiene una tasa de suicidios bastante baja y, al mismo tiempo, el consumo de alcohol per cápita portugués se encuentra entre los más altos de Europa (Skog y cols, 1995). Es decir, los estudios realizados en una nación no siempre son aplicables a otras, lo que parece indicar la influencia de múltiples factores socioculturales y ambientales.

En las personas con un trastorno por consumo de alcohol los **pensamientos gravemente negativos** son 4 veces más frecuentes que en población general y casi 10 veces superiores las posibilidades de muerte por suicidio. Un metaanálisis encontró que los trastornos por uso de alcohol aumentan significativamente el riesgo de ideación suicida, intento de suicidio y suicidio completo. Por lo tanto, estas patologías pueden considerarse un importante predictor de suicidio y una gran fuente de muerte prematura (Darvishi et al., 2015).

Visto desde otra perspectiva, se estima que el riesgo de suicidio de por vida es de un 7% para la dependencia del alcohol (Inskip et al., 1998) y son muchos los estudios que encuentran abuso o dependencia de alcohol en el 25-50% de las muertes autointencionadas. Además, se detectan alcoholemias significativas en aproximadamente **una de cada 3-4 autopsias** de estos exitus (Smith et al., 1999).

La intoxicación por alcohol puede aumentar la disforia, la disfunción cognitiva, la impulsividad y la desinhibición, convirtiendo al alcohol en un aliado para la realización de intentos autolíticos que pueden acabar siendo letales. Pero además en la dependencia enólica existen una serie de factores que aumentan el riesgo respecto a la población sana incluso con consumo social de alcohol.

Conner y Duberstein (2004) propugnan una serie de **factores predisponentes** (agresión / impulsividad, alcoholismo severo, afecto negativo y desesperanza) y **factores precipitantes** (episodios depresivos mayores, acontecimientos vitales, particularmente interpersonales). También consideran que muchas conductas suicidas en el alcoholismo pueden derivarse de actos reactivos en medio de la angustia por una relación perdida o amenazada y que los reintentos son frecuentes.

Siendo el alcohol un potente factor de riesgo para el suicidio, cualquier política que reduzca su consumo va a servir para prevenirlo. Consciente de eso la OMS establece como **estrategia preventiva de carácter universal** la reducción del uso lesivo de alcohol (2014), por actuar además acumulativamente con las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria. En consecuencia, es objetivo ineludible de la Estrategia de prevención del suicidio e Aragón.

5.1.3.3.2 Objetivos y medidas

Objetivos

1. Mejorar la detección del riesgo y el abordaje de la conducta suicida en población adulta con dependencia enólica.
2. Coordinar la continuidad asistencial entre los dispositivos de la red de salud mental y adicciones de Aragón en caso de riesgo de suicidio.

Compromisos mínimos

1. Implantación de un procedimiento estandarizado de valoración de riesgo de suicidio en pacientes adultos con Trastornos por consumo de alcohol en la Atención Primaria de salud, los dispositivos de Servicios Sociales y la red de unidades de adicciones de Aragón.
2. Creación de plan específico de intervención preventiva del suicidio para pacientes adultos con Trastornos por uso de alcohol que defina criterios asistenciales ambulatorios y hospitalarios.

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinador de la Estrategia
- Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón
- Red de salud mental y adicciones de Aragón
- Atención Primaria de salud. Servicio Aragonés de Salud
- Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Departamento de Ciudadanía y Derechos sociales del Gobierno de Aragón
- Representantes de los grupos de ayuda mutua de alcohol en Aragón: alcohólicos anónimos, ASAREX, Federación de alcohólicos rehabilitados de Aragón.

Financiación pública: Gobierno de Aragón

5.1.3.3.3 Evaluación

Como se ha definido anteriormente los indicadores (un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos) serán diseñados por el grupo de trabajo en concordancia directa con las acciones a efectuar.

5.1.3.4 CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD

5.1.3.4.1 Justificación

Las Fuerzas y Cuerpos de seguridad juegan un significativo papel en la prevención del suicidio cuando deben interactuar con individuos con potencial riesgo de autolesionarse. El adiestramiento en prevención del suicidio en estos colectivos profesionales parece ser bien recibida y tener un impacto beneficioso en sus actitudes, confianza y formación para el desempeño de sus funciones. Por otra parte, proporcionar capacitación con respecto al suicidio puede ayudar a los propios agentes en términos de aumentar la conciencia en el reconocimiento de sus problemas de salud mental, o bien el de sus colegas y familiares (Marzano et al., 2016).

No son sencillas de obtener las cifras de suicidio en los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado, policía autonómica y local. El certificado de defunción en la mayoría de las ocasiones no recoge la profesión del finado y en muchos estudios donde se hace mención a los aspectos laborales estos profesionales engrosan el grupo de “funcionarios públicos”. Sin embargo, sale periódicamente a la luz en los medios de comunicación la preocupación entre algunas entidades del sector.

Las profesiones del ámbito de la seguridad pública se han asociado a más prevalencia de problemas de salud. Entre las afecciones psiquiátricas se consideran frecuentes el trastorno por estrés postraumático, la ansiedad, la depresión, el burnout y las conductas adictivas. A pesar de la escasez de datos públicos oficiales, en todos los países del mundo se asume que los cuerpos y fuerzas de seguridad estatales constituyen uno de los grupos profesionales con mayor frecuencia de suicidios.

Una reciente investigación ha llevado a cabo una encuesta entre casi 4.000 agentes de policía canadiense mediante un auto-informe con herramientas de cribado para la depresión, la ansiedad, el trastorno de pánico, el abuso de alcohol y el trastorno de estrés postraumático. Los encuestados también fueron preguntados sobre si habían contemplado, planificado o intentado suicidarse. Los resultados identificaron un mayor riesgo de trastornos de salud mental como el trastorno de estrés postraumático, la ideación, los intentos y los planes suicidas entre los policías de Canadá (Di Nota et al., 2020).

Existen factores ligados al temor a la estigmatización, pérdida de reputación, violación de la confidencialidad, etc. que dificultan enormemente el abordaje y tratamiento de estos profesionales

La Guardia Civil, hace años, desplegó un plan de prevención de conductas suicidas. La Policía Nacional a finales del año 2020 ha publicado su propio Plan de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida. Otros colectivos como las Policías locales, dependientes de sus correspondientes ayuntamientos, tienen más complicado desarrollar planes propios.

Experiencias realizadas en el campo de las fuerzas armadas han demostrado la eficacia de intervenciones (algunas de ellas educativas) en disminuir las tasas de suicidio hasta un 33% en Norwegian Army y un 40% en la US Air Force (Mann et al., JAMA 2005).

5.1.3.4.2 Objetivo y medidas

Objetivo

Establecer un marco de colaboración permanente entre el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón y los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y Cuerpos de policía local en Aragón tanto en la formación relativa a sus actuaciones con personas en riesgo, como en la detección del riesgo y el abordaje de la conducta suicida en sus efectivos.

Compromisos mínimos

1. Implementación de un plan de formación sobre el suicidio que incluya la divulgación de los riesgos psicológicos y las alternativas asistenciales, para los efectivos de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y Cuerpos de policía local en Aragón, que mejore la percepción de la posibilidad de atención en un marco de confidencialidad.
2. Prestar colaboración en la implementación de los Planes de prevención de suicidio propios de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y Cuerpos de policía local en Aragón (en las organizaciones que no dispusieran mediante la adaptación de planes existentes en organizaciones similares).

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinador de la Estrategia
- Dirección General de Salud Pública. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón
- Delegación del Gobierno en Aragón. Gobierno de España
- Servicios médicos de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y Cuerpos de policía local en Aragón
- Red de salud mental de adultos

Financiación

Pública:

- Gobierno de Aragón
- Ministerio de Interior/ Ministerio de Presidencia/Delegación del Gobierno en Aragón. Gobierno de España/Ayuntamientos implicados

5.1.3.4.3 Evaluación

Como se ha definido anteriormente se estima que cada área estratégica deberá contar con un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos.

5.1.3.5 UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA- UNIZAR

5.1.3.5.1 Justificación

Las tasas de mortalidad en 1988 por suicidio en la ciudad de Zaragoza eran de 10 casos por 100.000 habitantes según M. Castellano y D. Serrat, siendo las tentativas mucho más elevadas: 154 en hombres y 179 en mujeres por 100.000 h. por aquel entonces. Estas tasas aumentaban mucho más en el ámbito universitario si hablamos de edades comprendidas entre los 21 y los 30 años, ya que representan hasta 950 casos por 100.000.

La valoración del suicidio es una de las funciones más difíciles a las que se enfrenta un psiquiatra (García Campayo y Sanz, 1993). Pero la realidad es que la mayoría de los sujetos, tras el intento, rechazan la posibilidad de ser tratados por el especialista. Esto nos aleja de ese papel profiláctico a los profesionales de la salud, creando un espacio de actuación al educador. Motivo por el que el profesorado debe tener una formación adecuada que le permita captar no sólo las situaciones de riesgo, sino el cómo actuar ante ellas. Para ello debemos ofrecerle los cauces a seguir que permitan agilizar la derivación del estudiante al ámbito sanitario.

Los estudiantes universitarios son una población de alto riesgo como pudimos comprobar en un estudio en 1994 donde se valoró la salud mental de la población universitaria de Zaragoza. A través de una beca concedida por el Vicerrectorado de Estudiantes de la Universidad de Zaragoza observamos a través de la escala del GHQ-28 una alta prevalencia durante el último año de malestar psíquico. Cerca de un tercio de la población universitaria experimentaba ansiedad, disfunción social y en último lugar sintomatología depresiva, siendo más acusado en las mujeres. Además, encontramos un 2% de los estudiantes presentaban ideas reiteradas de quitarse la vida (Seva Fernández A, 1994). Si eso lo extrapolamos a nuestros días probablemente encontraríamos porcentajes superiores dados los cambios sociales, económicos y el afrontamiento de un futuro laboral incierto.

Es importante reseñar que tanto los pacientes psiquiátricos como las personas sin patología previa que se encuentran ante situaciones límite son los posibles candidatos a llevar a cabo conductas suicidas. Es capital proporcionar herramientas de calidad para una mejor autodetección de la ideación autolítica, así como instrumentos ambientales que favorezcan cómo hacer frente a este fenómeno. Además, es bien sabido que entre los factores de riesgo suicida se encuentra la historia de intentos previos, con un riesgo máximo dentro de los tres primeros meses (OMS, 2014) por lo que la actuación debe ser no sólo coordinada sino en muchos casos inmediata.

En el Congreso Nacional de Psiquiatría celebrado en octubre de 2020 en la mesa debate sobre el suicidio se establecieron 12 conclusiones a nivel general entre las que destacan tres a tener en cuenta en ésta área estratégica. Por un lado, la necesidad de implementar programas de prevención de suicidio, favorecer herramientas que

mejoren la resiliencia en los centros educativos y una mayor detección de personas con riesgo suicida. Y no sólo por parte del sistema sanitario sino también a través del propio medio social del alumnado y del entorno educativo.

5.1.3.5.2 Objetivos y medidas

Objetivos

1. Mejorar la detección precoz del riesgo de la conducta suicida en la población universitaria.
2. Proporcionar formación y asesoramiento al profesorado universitario sobre cómo debe ser el abordaje y los circuitos de atención (propios de la Universidad de Zaragoza o externos) en caso de un estudiante en situación de riesgo.

Compromisos mínimos

- 1- Crear un grupo de trabajo a lo largo del año 2021 con el objetivo de generar el material específico para llevar a cabo un protocolo de actuación ante un posible caso de riesgo de suicidio en la Universidad de Zaragoza.
- 2- Actividades formativas e informativas anuales en los distintos campus universitarios con el fin de asesorar tanto en la detección, como en el abordaje de las situaciones de riesgo de suicidio.

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinadora de la Estrategia o persona en quien delegue.
- Personal docente e investigador de áreas de conocimiento de la salud mental o relacionadas (Psiquiatría, Psicología, Enfermería, etc.) de cualquiera de las circunscripciones universitarias.

Financiación

Pública o/y privada.

5.1.3.5.3 Evaluación

Los indicadores (un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos) propuestos en concordancia directa con las acciones a efectuar.

- 1- Acta de las reuniones realizadas por el grupo.
- 2- Protocolo diseñado a tal fin.
- 3- Una acción formativa o informativa en cada una de las circunscripciones universitarias con carácter anual, o en su defecto online.

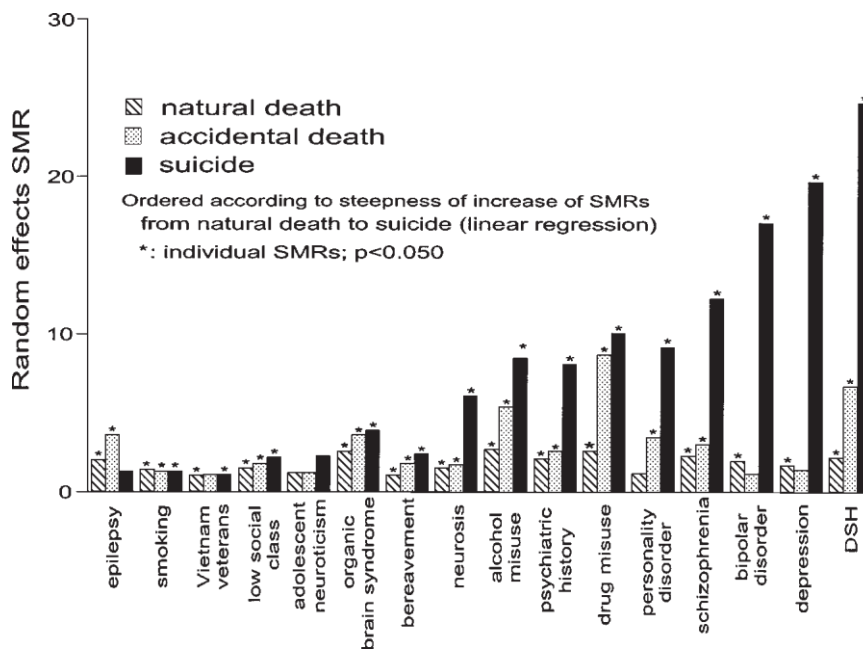
5.2. LINEA ESTRATÉGICA DE INTERVENCION. ÁREAS ESTRATÉGICAS

5.2.1. ÁREA ESTRATÉGICA REGISTRO-ALERTA DE RIESGO SUICIDA Y REGISTRO DE SUICIDIOS CONSUMADOS

5.2.1.1. Justificación

Los registros de alerta de tentativas o riesgo suicida nacen para garantizar la continuidad asistencial tras la primera intervención sanitaria, reforzando los aspectos esenciales del cuidado y seguimiento del paciente con riesgo o conducta suicida en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, la especializada y las emergencias sanitarias. Identificar aquellas personas atendidas con riesgo de suicidio facilita la priorización sanitaria y la puesta en marcha de los procedimientos terapéuticos necesarios.

Por otra parte, estos registros permitirán el análisis catamnésico posterior de las acciones suicidas no consumadas. Se estima que los antecedentes de trastorno mental son muy significativos en la muerte por suicidio pero especialmente en las personas con antecedente autolesivo con **25 veces más probabilidades de morir por suicidio** que la población general (Neeleman et al., 2001), siendo este riesgo más característico de las personas de mayor edad o con tentativas de repetición (Suokas y Lonnqvist, 1991).



Neeleman et al., 2001

Son numerosas las investigaciones que demuestran que en un elevado número de personas que se han suicidado habían contactado en los meses previos con su médico de APS (Luoma, 2002). Es destacable la posición estratégica de los médicos de familia al ser la puerta de entrada al sistema sanitario, de ahí que deba reforzarse su capacidad diagnóstica y terapéutica con programas de formación continuada. Igualmente, es fundamental que estos facultativos en caso de sospecha de riesgo de suicidio puedan utilizar sistemáticamente escalas de evaluación (sencillas, fiables, sensibles y breves) y un listado de factores de riesgo, que conocemos tienen efecto acumulativo. Ello proporcionará una estratificación del riesgo de suicidio que facilitará la adopción de medidas concretas para cada nivel y podrá ayudar a disminuir la incidencia.

De esta forma, además, se logrará el **objetivo del Plan de Salud Mental 2017-2021** de establecer un programa de formación continuada desde Salud Mental dirigido a los profesionales de AP, especialmente en entrevista clínica psiquiátrica, algoritmos diagnósticos, manejo de urgencias psiquiátricas, prevención de suicidio, manejo básico de psicofármacos y técnicas de psicoterapia como terapia de resolución de problemas, consejo terapéutico y terapia de apoyo.

El método de registro del suicidio consumado se fundamenta en la **autopsia forense**. Las tasas de suicidio son cuestionadas por el método de identificación de los casos y por el registro de los mismos (Pérez, 2016). Se estima por la experiencia clínica que un porcentaje nada desdeñable de suicidios permanecen encubiertos en forma de muertes accidentales. Las tasas que reflejan la literatura científica, aún con todas las cautelas, podrían entonces aún ser superiores. Dentro del equipo judicial que realiza las intervenciones en las muertes judicializadas se encuentran los **médicos forenses**. Con mucha probabilidad son los únicos médicos que mantienen contacto con los allegados a la víctima. Es por ello fundamental poder contar con su colaboración proactiva para informar empáticamente sobre la atención sanitaria específica existente en los llamados supervivientes.

Por otra parte, una acción terapéutica dirigida a los pacientes y, en caso de fallecimiento a sus allegados, no sólo disminuye el riesgo de suicidio, sino que puede aminorar la posible sensación de inacción o abandono por parte del conjunto del sistema sanitario.

5.2.1.2. Objetivos y medidas

Objetivos

1. Disponer de un registro de suicidios consumados y articular en la historia clínica electrónica de Aragón un código de *alerta de riesgo suicida*.
2. Protocolizar y priorizar la continuidad asistencial en el riesgo autolítico y en el del entorno social de las personas que han consumado un suicidio.

Compromisos mínimos

1. Implantación de un código de alerta sanitario sobre las tentativas suicidas o el riesgo autolítico (codificación según CIE 10) que facilite la intervención asistencial específica en todos los niveles de la atención de salud.
2. Acuerdo colaborativo con el Instituto de Medicina Legal de Aragón, IMLA para la creación de una base de datos anonimizada de los suicidios consumados que permita, tanto disponer información en tiempo real sobre la casuística de suicidio existente en Aragón como la facilitación de posibilidades de postvención al entorno de los fallecidos por suicidio.

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinador de la Estrategia o persona en quien delegue
- Centro de Gestión Integrada de Corporativos. CGIPC. Gobierno de Aragón.
- Instituto de Medicina Legal de Aragón, IMLA
- Atención Primaria de Salud
- Red de salud mental

5.2.1.3. Evaluación

Como se ha definido anteriormente se estima que cada área estratégica deberá contar con un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos.

5.2.2. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN Y ALGORITMO. IMPLANTACIÓN ESCALA DETECCIÓN RIESGO

5.2.2.1. Justificación

El profesional sanitario y del área de los servicios sociales para enfrentarse a la ideación o intención suicida precisan de una serie de herramientas como son los instrumentos estandarizados y las guías de evaluación e intervención. Con ellos mejora sustancialmente la competencia en la valoración del nivel de riesgo de suicidio y en la postura clínica a tomar en base a los criterios de inclusión en el procedimiento y al árbol de decisiones o algoritmo recomendado. Existen numerosas escalas de detección del suicidio, siendo algunas no específicas (MINI, Escala de depresión de Hamilton, Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, etc.) y otras específicas (Beck, Paykel, SADPERSONS, Columbia, Plutchik, etc.), así como escalas de evaluación del mismo acto suicida o de constructos relacionados con el suicidio.

Este modelo de actuación **disminuye la variabilidad de la práctica clínica**, proporciona seguridad y dota de agilidad y de mayor confianza al profesional que debe intervenir, en muchas ocasiones de forma urgente, ante actitudes y conductas límite como son las relacionadas con el suicidio.

El procedimiento de actuación se articula en torno a una **guía breve** que recopile el conjunto de actuaciones protocolizadas dirigidas a los profesionales que detectan o tienen conocimiento de un riesgo importante de suicidio.

Su aportación se fundamenta además en la priorización de los casos, basada en una buena evaluación estandarizada y centrada en facilitar los flujos de pacientes y la coordinación entre los diferentes dispositivos.

Desde el punto de vista asistencial parece recomendable que la atención al propio individuo superviviente de una tentativa autolítica se mantenga al menos durante el **primer año**, ya que existen evidencias que el periodo de mayor riesgo suele darse entre el primer y sexto mes tras la tentativa (Anseán, 2014). Debido a la amalgama de formas de presentación de la conducta autolítica se hace fundamental diferenciar entre los inequívocos intentos de suicidio y toda una serie de conductas autolesivas con otro objetivo o significado implícito. En este sentido no podemos dejar de añadir, como otros autores, el preocupante incremento y banalización de las autolesiones (especialmente entre los más jóvenes) y su instrumentalización en aras de otros propósitos. No obstante, las políticas de prevención del suicidio no afectan sólo a esta situación sino que ayudan a prevenir otros trastornos de salud mental y ayudan también a disminuir la continuidad de las conductas autodestructivas (Lewis, 1998).

5.2.2.2. Objetivos y medidas

Objetivos

1. Mejorar la detección, evaluación y clasificación del riesgo de suicidio.
2. Establecer procedimientos profesionales de actuación que permitan aumentar la seguridad en la gestión del riesgo de suicidio.

Compromisos mínimos

1. Implantación de escala de detección de riesgo de suicidio, escala de factores de riesgo y algoritmo de toma de decisiones ante riesgo de suicidio en estructuras sanitarias. Confección de guía o manual breve de uso.
2. Implantación de escala de detección de riesgo, escala de factores de riesgo y algoritmo de toma de decisiones ante riesgo de suicidio en servicios sociales. Confección de guía o manual breve de uso.

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinador de la Estrategia o persona en quien delegue
- Red de salud mental
- Trabajo social
- Atención Primaria de Salud
- S. médicos de urgencias hospitalarias (hospitales sin servicio de guardias de psiquiatría)
- 061

5.2.2.3. Evaluación

Como se ha definido anteriormente se estima que cada área estratégica deberá contar con un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos.

5.2.3. LÍNEAS TELEFÓNICAS DE INTERVENCIÓN

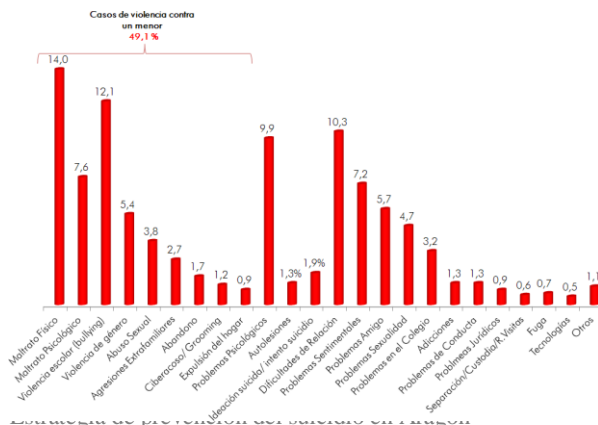
5.2.3.1. Justificación

La OMS estima que **un tercio de los años vividos con discapacidad** se atribuyen a los trastornos neuropsiquiátricos, y aproximadamente un 2,1% se relacionan con el suicidio.

Las tasas de suicidio en España en el año 2004 fueron de 8,21 casos/100.000 habitantes y en el año 2018 de 7,58/100.000 habitantes. Aragón en 2018 registró 120 suicidios según el INE, lo que configura una tasa de 9,1/100.000 habitantes, por encima de la media estatal.

Diferentes estudios sobre las líneas telefónicas de soporte que ofrecen ayuda a personas con pensamiento de suicidio han evidenciado la idea de que el contacto había sido muy útil y satisfactorio (Coveney et al., 2012). Con el auge de internet en la última década se ha observado que otros servicios como e-mails, redes sociales, chats, webs formativas e interactivas permiten además la oportunidad de permanecer en el anonimato y recibir información adaptada, lo cual podría facilitar y animar a pedir ayuda. La prevención del suicidio basado en las **nuevas tecnologías** puede y debe ser un campo a explorar especialmente en los grupos de población más jóvenes.

En el caso de los niños y adolescentes se hace imprescindible un abordaje específico. La prevención y asistencia en salud mental infantil y juvenil requiere siempre de una aproximación ajustada a la edad por profesionales con formación suficiente. La Fundación ANAR, Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo, en su Memoria del año 2018 describe haber recibido desde Aragón 11.065 llamadas a su teléfono de ayuda a niños y adolescentes (línea 116 111 desde Aragón). Del total de llamadas recibidas de toda España el 1,9% se debían a ideación suicida o intentos de suicidio y el 1,3% a autolesiones. Extrapolando datos, el cálculo es de más de 200 llamadas procedentes de Aragón que, con probabilidad, versaron sobre el suicidio.



La **pandemia COVID-19** nos ha introducido en un tiempo sin precedentes. Situaciones como la vivida justifican que los servicios de salud mental deban desarrollar nuevas prácticas telemáticas, aún a sabiendas de que no todos los pacientes se sentirán cómodos. La evidencia de la investigación y de la experiencia nos obliga a estar preparados para tomar las medidas necesarias. Las líneas telefónicas de ayuda a través de organizaciones del llamado “tercer sector” se han demostrado tan útiles como imprescindibles, por lo que es primordial dar apoyo explícito al entrenamiento y formación de sus voluntarios.

5.2.3.2. Objetivos y medidas

Objetivos

1. Mejorar la atención de la población en riesgo de suicidio mediante el acceso telefónico a líneas de ayuda y orientación.
2. Divulgar entre la población general las líneas telefónicas de atención en caso de riesgo de suicidio.

Compromisos mínimos

1. Procedimiento de atención telefónica a adultos y a menores de edad con riesgo de suicidio, mediante trabajo colaborativo entre las estructuras propias del Gobierno de Aragón y las entidades externas que prestan servicio telefónico a ciudadanos con potencial riesgo.
2. Difundir regularmente las líneas de atención telefónica al riesgo de suicidio entre las poblaciones diana.
3. Favorecer la formación de los profesionales de primera línea en la atención telefónica de casos con riesgo de suicidio.

Estructura organizativa necesaria

Composición del grupo de trabajo:

- Coordinador de la Estrategia
- Un profesional de la red de atención a la salud mental
- 112
- 061
- Teléfono del mayor
- Teléfono de la Esperanza
- Teléfono contra el Bullying

5.2.3.3. Evaluación

Como se ha definido anteriormente se estima que cada área estratégica deberá contar con un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos.

5.2.4. PROGRAMA DE POSTVENCIÓN

5.2.4.1. Justificación

Se denomina **supervivientes** a familiares, amigos y allegados de personas que han perdido la vida por suicidio. La OMS estima que unas 6 personas del entorno del suicida resultarán afectadas directamente y otras tantas indirectamente, tanto a corto como a largo plazo. El impacto es mayúsculo, abarcando a hijos, cónyuges, padres, hermanos, amigos, compañeros de trabajo y otros allegados. Factores como encontrar al ser querido muerto (lo que ocurre en un considerable número de casos), el estado en que se encontraba su cuerpo y la forma de la muerte, cómo se comunica la noticia, el contenido de la nota de despedida si la hubo, etc. pueden amplificarlo aún más. Es muy difícil aceptar la idea de que probablemente nunca se sabrán los verdaderos motivos que llevaron a tomar esa decisión. Los "*¿por qué?*" ("*¿por qué lo hizo?, ¿por qué no lo vi venir?, ¿por qué no me lo dijo?*") y los "*¿y si?*" ("*¿y si hubiese cogido el teléfono?, ¿y si no lo hubiese dejado solo?*") se encadenan en ritmo agotador.

En el suicidio el **duelo** (del latín *dolus*, dolor) tiene unas connotaciones diferenciales del resto de procesos de pérdida con mayores sentimientos de responsabilidad, incredulidad, rechazo, indefensión, shock, vergüenza, miedo, culpa, aislamiento y estigmatización. Esta disfunción emocional, conductual y cognitiva es fácil que tienda a cronificarse, siendo preciso que sea abordada específicamente ya que pueden derivar en la inhibición, desautorización o enmascaramiento de la vivencia del duelo.

En el caso de los **menores** este duelo toma matices especiales, siendo fundamental (Anseán, 2014) la forma en que debe comunicarse la noticia (quién, cómo, cuándo y dónde dar la noticia) para facilitar una comprensión acorde a su edad y circunstancias. Es fundamental ayudar a los padres a facilitar poder hablar con sus hijos especialmente si el otro padre o un hermano ha fallecido por suicidio. En las familias donde no se hace se ha sugerido que son significativamente mayores las consecuencias emocionales, sociales y en su desarrollo. La información debe adaptarse a la edad y valorar cuidadosamente el uso de la palabra suicidio. Si los niños o adolescentes no tienen una explicación coherente de lo sucedido pueden construir su propio relato que podría ser incluso peor que el real. Hablar sobre lo ocurrido necesita de tiempo y debe ser considerado como un proceso adaptado a la madurez del niño, y no un hecho puntual (Ratnarajah and Schofield, 2007).

Es conocido además que los supervivientes tienen un **mayor riesgo** de desarrollar enfermedades físicas y mentales, así como pensamientos suicidas y de quitarse la vida. La historia familiar de suicidio consumado y de enfermedad mental aumentan el riesgo de suicidio de forma significativa e independiente (Qin et al., 2002). La enfermedad mental en cada sujeto es sabido que incrementa el riesgo pero no lo explica por sí solo (Goodwin et al., 2004). Por tanto, el suicidio y la enfermedad mental en parientes son factores de riesgo que se suman a la propia enfermedad mental del sujeto en cuestión.

El estrés postraumático es frecuente (Dyregrov et al., 2003) y el estigma social aún arraigado en nuestra cultura no facilita la normalización del duelo por suicidio, llevando en ocasiones a falsear la causa de la muerte para normalizar así la respuesta y el apoyo social esperable y deseable. Pensemos que en España hasta la promulgación en 1983 del *Código de derecho canónico*, no se enterraba a los suicidas en los cementerios católicos, y por el contrario sí a los homicidas. Por todo ello se hace indispensable una intervención de prevención terciaria o indicada que les oferte atención individual y/o grupal.

Al inicio de la década de 1970 Shneidman (O'Connor and Pirkis, 2016) acuñó el término **postvención** como el conjunto de actuaciones profesionales destinadas a las personas que mantenían vínculos significativos con el fallecido por suicidio, con el objeto de facilitar su recuperación y minimizar las secuelas psíquicas que éste puede provocar.

En Aragón el sistema sanitario debe contar con criterios de acceso a la asistencia sanitaria y con grupos de ayuda mutua constituidos ad hoc para ayudar a los supervivientes del suicidio (grupos ya iniciados en la década de los 70 en Estados Unidos y con fuerte implantación actual en otras zonas de España). Worden (2018) propugna poder realizar una serie de **tareas activas** que facilitarán la sensación de estar contribuyendo a la recuperación tras la conmoción por el suicidio de un ser querido: aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un medio en el que la persona quería está ausente, recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. Abordar con los allegados y familiares que el suicidio no fue realmente su elección y que muchas preguntas, la mayoría, quedarán sin resolver se hace imprescindible para paliar tan dolorosas vivencias. Los supervivientes nos han demostrado que ¿quién mejor que ellos? para afrontar este reto. Los grupos de iguales donde esa muerte no va a ser silenciada, es una necesidad sentida e insustituible.

La **pandemia COVID** ha dejado a su paso muertes por suicidio. Se suman al dolor por este tipo de muerte otras muchas emociones como la rabia, la culpa y el desconsuelo por no haber podido despedir, al menos, a su ser querido. Por lo general, sentirte arropado por las personas que aprecias, alivia a todo el entorno del fallecido. Nuestra cultura ha articulado una serie de costumbres sociales en torno a las exequias con una gran carga simbólica que juegan un papel fundamental para posicionarnos mentalmente en la ausencia, aliviar la carga psíquica y prevenir el **duelo patológico**. Todas ellas desgraciadamente en aras de prevenir nuevos contagios, y dado lo excepcional de las circunstancias, no se han producido, por lo que el riesgo es aún mayor que en el resto de supervivientes. Tener un espacio sanador donde poder compartir y expresar esta difícilísima situación permitirá al menos honrar su memoria y encontrar un lugar donde evidenciar que no se ha perdido el duelo cuando el resto de la población vuelve a la vida cotidiana. De una forma u otra, presencial o a distancia, es imperioso ofrecer atención profesional y la alternativa de encuentro con iguales para realizar este justo acompañamiento.

5.2.4.2. Objetivo y medidas

Objetivo

Dotar a Aragón de alternativas de intervención en supervivientes del suicidio.

Compromisos mínimos

1. Recoger en la web del Gobierno de Aragón un directorio específico de las diferentes alternativas existentes para la atención en salud mental de los supervivientes, tratando de facilitar su oferta desde los servicios sanitarios, sociales y forenses.
2. Mejorar la actuación social y sanitaria en supervivientes del suicidio.
3. Apoyo a la implementación de programas territoriales de intervención grupal e individual en supervivientes de suicidio.

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinador de la Estrategia o persona en quien delegue
- Profesionales de la red de salud mental y adicciones
- Instituto de Medicina Legal de Aragón, IMLA
- Colegio oficial de psicólogos
- Entidades aragonesas de salud mental y asociaciones del sector con iniciativas en postvención
- Supervivientes

5.2.4.3. Evaluación

Como se ha definido anteriormente se estima que cada área estratégica deberá contar con un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos.

5.2.5. FORMACIÓN

5.2.5.1. Justificación

Esta área estratégica se considera **transversal a toda la Estrategia** de prevención del suicidio en Aragón, siendo fundamental para el desarrollo de muchas de las acciones que darán forma a la consecución de los objetivos propuestos. Básicamente consiste en proporcionar formación o diseñar guías ad hoc para los actores clave.

En materia de prevención del suicidio la literatura muestra que proporcionar formación es eficaz y efectivo para mejorar conocimientos, modificar actitudes y favorecer la confianza en las habilidades adquiridas y, por consiguiente, en las intervenciones (Ramberg y Waseman, 2004).

Ha sido especialmente relevante el confirmar mediante distintos estudios, que una de las mejores prácticas en efectividad para prevenir el suicidio consiste en capacitar para reconocer, evaluar y abordar los trastornos depresivos y la ideación suicida (Van der Feltz-Cornelis et al., 2011).

Es por ello primordial que la formación se nutra del conocimiento técnico actualizado en la **evidencia científica** que pueden proveer los especialistas y las Sociedades científicas del área de la psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental. La evidencia científica no solo otorga validez y fiabilidad a la efectividad de las estrategias implementadas sino que también estimula la toma de decisiones de las acciones a elegir.

Los grupos profesionales que han sido reconocidos como particularmente relevantes en la detección del riesgo suicida y su prevención son Trabajadores sociales, Médicos, Psicólogos, Enfermería, Educadores, Agentes sociales y Comunicadores.

5.2.5.2. Objetivos y medidas

Objetivos

1. Asesorar en el desarrollo de los programas de formación en salud mental y prevención del suicidio en profesionales del mundo educativo, sanitario y social.
2. Facilitar el desarrollo docente de las competencias en formación contempladas en la Estrategia de prevención del suicidio en Aragón.

Compromisos mínimos

1. Dotar de una estructura de cursos de formación en salud mental y prevención del suicidio regular y accesible a los profesionales del mundo educativo.
2. Implantar la formación en salud mental y prevención del suicidio en el área de los servicios sociales.

3. Ofertar formación en salud mental y prevención del suicidio en el colectivo sanitario, facilitando la divulgación e implantación de la Estrategia de prevención del suicidio en Aragón.

Estructura organizativa necesaria

Participación de:

- Coordinador de la Estrategia o persona en quien delegue
- Sociedades científicas del área de la salud mental y adicciones de Aragón

5.2.5.3. Evaluación

Como se ha definido anteriormente se estima que cada área estratégica deberá contar con un mínimo de un indicador sencillo y factible para cada uno de los compromisos a lograr, y un máximo de dos.

5.3 RESUMEN GRÁFICO DE OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

AREA ESTRATEGICA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	COMPROMISOS	PERIODO	PROPUESTA DE INDICADORES
MEDIOS COMUNICACION	<p>Modificar las actitudes sociales ante las conductas autolíticas.</p> <p>Influir activamente sobre la información, creencias y comportamientos de la población en la salud mental y en la prevención del suicidio.</p>	<p>Compromiso/pacto del tratamiento mediático del suicidio.</p> <p>Campañas divulgativas de promoción de la salud mental y prevención del suicidio en televisión/radio autonómica.</p>	2020-21	<p>Creación espacio para la Estrategia en la web del Gobierno de Aragón.</p> <p>Pacto suscrito de ratificación bienal (10 septiembre) con empresas y profesionales de la información.</p> <p>Número de actividades divulgativas audiovisuales/año.</p>
BARRERAS FARMACÉUTICAS	<p>Disminuir el riesgo de accesibilidad a dosis de fármacos con potencial letal.</p> <p>Oficinas de farmacia como elementos sensibilizadores y divulgadores en la prevención del suicidio.</p>	<p>Valorar ajustes normativos en la dispensación de psicofármacos.</p> <p>Favorecer la formación de los farmacéuticos.</p> <p>Disponer en las oficinas de farmacias de material escrito informativo de prevención del suicidio.</p>	2020-21	Acuerdo de colaboración con Colegios de Farmacia.
BARRERAS TELEMÁTICAS	<p>Disminuir el riesgo de suicidio asociado a las redes sociales y páginas web.</p> <p>Concienciar para disminuir el riesgo de apología e inducción al suicidio en páginas web y redes sociales.</p>	<p>Publicidad del riesgo de utilización y divulgación de estas páginas.</p> <p>Divulgar el procedimiento de puesta en conocimiento de los sitios de internet que incitan o facilitan el suicidio.</p>	2021-23	Número de acciones para la divulgación del procedimiento de notificación existente.
POBL. ADOLESCENTE	<p>Mejorar la detección precoz del riesgo y el abordaje de la conducta suicida.</p> <p>Estrategias en educación emocional y psicoeducación en los profesionales de educación y servicios sociales.</p>	<p>Guía de prevención y de abordaje de la conducta suicida en centros de enseñanza secundaria y de atención a menores.</p> <p>Plan anual de formación para los docentes.</p>	2021-23	<p>Guía en webs oficiales (EducAragón y Estrategias sanitarias).</p> <p>Número de acciones formativas/año en Dep. de Educación y de C. y Derechos sociales.</p>
POBL. DE LA TERCERA EDAD	<p>Mejorar la evaluación del riesgo y el abordaje de la conducta suicida.</p> <p>Formación en salud mental de los agentes implicados</p>	<p>Plan anual de formación en la detección y prevención de conductas suicidas.</p> <p>Procedimiento de intervención preventiva y de abordaje de la conducta suicida en centros residenciales o de día.</p>	2021-23	Existencia de guía específica.
POBL. CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL	<p>Mejorar la detección del riesgo y el abordaje de la conducta suicida.</p> <p>Coordinar la continuidad asistencial entre la red de salud mental y la de adicciones.</p>	<p>Procedimiento estandarizado de valoración de riesgo de suicidio en la APS, SS, RSMYA.</p> <p>Plan de intervención con criterios asistenciales.</p>	2021-22	Existencia de guía específica.

CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD	Marco de colaboración permanente entre el Departamento de Sanidad y los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad en la lucha contra el suicidio.	Implantación de plan de formación. Colaboración en la implementación de los Planes de prevención de suicidio propios o ayuda en su diseño.	2021-23	Acuerdo de colaboración refrendado por Delegación del Gobierno.
REGISTROS DE ALERTA Y DE SUICIDIOS CONSUMADOS	Sistema de información de alertas suicidas y registro de suicidios consumados. Protocolizar y priorizar la continuidad asistencial en el riesgo autolítico.	Registro de alerta sanitaria que facilite intervención asistencial específica en todos los niveles de la atención de salud. Acuerdo colaborativo con el IMLA para la creación de una base de datos anonimizada y la facilitación de posibilidades de postvención.	2021-23	Creación de la Alerta de riesgo suicida en historia clínica electrónica. Registro anonimizado de suicidios consumados. Existencia de sistema de información sobre las Alertas suicidio implementadas
PROCEDIMIENTO DE ACTUACION	Mejorar la detección, evaluación y clasificación del riesgo de suicidio. Procedimientos de actuación en la gestión del riesgo de suicidio.	Implantación de escalas de detección de riesgo de suicidio y de factores de riesgo y algoritmo de toma de decisiones en estructuras sanitarias y en SS.	2021-23	Existencia de escala breve de evaluación en Historia Clínica Electrónica. Existencia de algoritmo en Historia Clínica electrónica.
LÍNEAS TELEFÓNICAS	Mejorar la atención al riesgo de suicidio mediante el acceso telefónico a líneas de ayuda y orientación. Divulgar las líneas telefónicas de atención.	Procedimiento de atención telefónica a adultos y a menores de edad con riesgo de suicidio. Difundir regularmente las líneas de atención telefónica entre las poblaciones diana. Favorecer la formación de los profesionales de primera línea en la atención telefónica.	2021-22	Procedimiento de actuación en llamadas sobre riesgo suicida.
PROGRAMA DE POSTVENCIÓN	Programa de intervención en supervivientes del suicidio.	Directorio específico de las diferentes alternativas existentes. Mejorar la actuación social y sanitaria en supervivientes del suicidio. Apoyo a la implementación de programas territoriales de intervención grupal e individual	2021	Oferta accesible de atención a los supervivientes. Número de entidades civiles involucradas.
FORMACIÓN	Asesorar en el desarrollo de los programas de formación en salud mental y prevención del suicidio. Facilitar el desarrollo de las áreas estratégicas con competencias en formación.	Cursos de formación regulares y accesibles en el mundo educativo. Implantar la formación en el área de los servicios sociales. Ofertar formación en el colectivo sanitario.	2021-23	Número de acciones formativas/año. Número de sociedades científicas y de colegios profesionales involucrados.

6. Anexos

6.1. Glosario de abreviaturas y acrónimos

ANAR: Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo.
ANIS: Informadores de la salud.
APS: Atención Primaria de Salud.
APVP: Años Potenciales de Vida Perdidos
CARTV: Corporación Aragonesa de Radio y Televisión
CA: Comunidad Autónoma; **CCAA:** Comunidades Autónomas.
CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición
CIL: Centro de Inserción Laboral.
CMBD: Conjunto Mínimo Básico de Datos.
EAPS: Equipo de Atención Primaria de Salud.
EASC: Equipo de Apoyo Social Comunitario.
FP: Formación Profesional.
IACS: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
IASP: Asociación Internacional para la prevención del suicidio
IASS: Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
IIS Aragón: Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón.
IMLA: Instituto de Medicina Legal de Aragón.
INE: Instituto Nacional de Estadística
NHS: National Health Service (Sistema sanitario público inglés).
OMS: Organización Mundial de la Salud (también WHO)
RSMYA: Red de Atención a la Salud Mental y Adicciones.
SM: Salud Mental.
SNS: Sistema Nacional de Salud.
SS: Servicios Sociales
SUPRE: Prevention of suicidal behaviours, WHO.
TIC: Tecnología de la Información y de las Comunicaciones.
TMG: Trastorno Mental Grave.
USM: Unidad de Salud Mental.
USMIJ: Unidad de Salud Mental Infantojuvenil.
WHO: World Organization Health.

6.2. Bibliografía

- Anseán, 2014. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. 2ªed.rev. Fundación salud mental España.
- APA, Asociación Americana de Psiquiatría. Guía para Valoración y Tratamiento de Pacientes con Conductas Suicidas, 2010.
- Aseltine, James , Schilling, Glanovsky. Evaluation of the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC Public Health* 2007, 7 : 161 doi: 10.1186 / 1471-2458-7-161
- Bella, Fernández, Willington (2010). Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1, 24-29.
- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de, G. R., Bruffaerts, R. et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J.Affect.Disord.*, 101, 27-34.
- Carta de Liubliana, 1996.
- Chan SM, Chiu FK, Lam CW, Leung PY, Conwell Y. Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Feb;21(2):113-8.
- Cheung , Chau, Yip. A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008. Dec;23(12):1231-8.
- Conner y Duberstein. Factores predisponentes y precipitantes del suicidio entre alcohólicos: revisión empírica e integración conceptual. *Alcohol Clin Exp Res*. Mayo de 2004; 28 (5 Supl.): 6S-17S.
- Coveney , Pollock, Armstrong, Moore. Callers' Experiences of Contacting a National Suicide Prevention Helpline: Report of an Online Survey. *Crisis* 2012;33(6):313-24. doi: 10.1027/0227-5910/a000151.
- Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PLOS ONE*. 10(5):e0126870.
- DeJong, T. M., Overholser, J. C., & Stockmeier, C. A. (2010). Apples to oranges?: A direct comparison between suicide attempters and suicide completers. *Journal of Affective Disorders*, 124, 90-97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.020>
- P. M. Di Nota, G. S. Anderson, R. Ricciardelli R. N. Carleton y D.Groll. Mental disorders suicidal ideation plans and attempts among Canadian police. *Occupational Medicine* 70 (3), March 2020. DOI: [10.1093 / occmed / kqaa026](https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa026)
- Dyregrov, Nordanger and Dyregrov. Predictors of psychosocial distress after suicide, sids and accidents. *Death studies*, 27: 143-165, 2003.
- Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2014, Instituto Nacional de Estadística (INE)
- Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2011)
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetalle2011.htm>)
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007)
- Garcia Campayo J, Sanz Carrillo C. Actitud ante el suicidio en una sala de urgencias. En: A. Seva Diaz (eds). *Urgencias en psiquiatría*. EDOS: Barcelona, 1993
- Giner, L. y Guija, J. (2014). Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 139-146.
- Goodwin, Beautrais, Fergusson. Familial transmission of suicidal ideation and suicide attempts: evidence from a general population sample. *Psychiatry Res*. 2004 Apr 30;126(2):159-65.
- Guía de práctica clínica sobre la prevención y tratamiento de la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012. Actualización de septiembre de 2020.
- Guía de Práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia. Actualización. (Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, 2018)
- Gunnell et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *www.thelancet.com/psychiatry* Published online April 21, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Haas et al. Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *J Homosex*. 2011; 58 (1): 10-51. doi: 10.1080 / 00918369.2011.534038.

- Hegerl, Althaus, Schmidtke, Niklewski. The Alliance Against Depression: 2-year Evaluation of a Community-Based Intervention to Reduce suicidality. *Psychol Med* 2006; 36: 1225-33.
- Holmes et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. www.thelancet.com/psychiatry Published online April 15, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- IASP, Asociación Internacional para la prevención del suicidio, 2020. https://www.iasp.info/pdf/2020_briefing_statement_ABversion_reporting_on_suicide_during_covid19.pdf
- Hazel Inskip , Clare Harris and Brian Barraclough. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1998 Jan;172:35-7. doi: 10.1192/bjp.172.1.35.
- Isometsa, E. T. (2001): "Psychological autopsy studies-a review", *Eur Psychiatry*, 16(7): 379-85.
- Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen, Kendler. Results From the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 5 5:8-19.
- Lahtinen E., Lehtinen, V., Riikonen, E., Ahonen, J. (eds.): Framework for promoting mental health in Europe, Hamina 1999.
- Lapierre, Erlangsen, Waern, De Leo, Oyama, Scocco, Gallo, Szanto, Conwell, Draper y Quinnett. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(2):88-98.
- Ley de Salud de Aragón, 2002.
- Ley General de Sanidad, 1986
- Lewis G. Continuum of self-destructiveness. *Lancet*. 1998 Jan 10;351(9096):81-2.
- Luoma, Martin, Pearson. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry* 159(6):909-16 · July 2002.
- Mann et al. Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. *JAMA*. 2005;294(16):2064-2074. doi:10.1001/jama.294.16.2064
- Marzano L, Smith M, Long M, Kisby C, Hawton K. Police and suicide prevention. *Crisis* (2016).
- Matsubayashi, Ueda. The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine* 73(9):1395-400. September 2011.
- Mosquera. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* Vol. 3. Nº. 1 - En 2016 - pp 9-18.
- J Neeleman. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *International Journal of Epidemiology* 2001;30:154-162.
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L. & Silverman, M.M. (1996) Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.*, 26(3), pp. 237-52.
- O'Connor and Pirkis. *The international handbook of suicide prevention*. 2ªed. Wiley Blackwell, 2016.
- OMS. *Prevención del suicidio: un imperativo global*, 2014.
- OMS, *Prevención del suicidio un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*, 2000.
- Overholser, Braden y Dieter. Understanding suicide risk: identification of high-risk groups during high-risk times. *J Clin Psychol*. 2012 Mar;68(3):349-61.
- Pérez Pérez, 2016. Estudio epidemiológico del suicidio consumado en los partidos judiciales de Balaguer y Cervera, 1960-1990. Tesis Doctoral. <http://hdl.handle.net/10803/385209>
- Pirkola, S. P., Suominen, K., & Isometsä, E. T. (2004). Suicide in alcohol-dependent individuals. *CNS Drugs*, 18(7), 423-436.
- Plan de Salud de Aragón 2030
- Plan de Salud Mental de Aragón. 2017-2021.
- Qin, Agerbo, Mortensen. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002 Oct 12;360(9340):1126-30.
- Ramberg, Wasserman. Suicide-preventive activities in psychiatric care: Evaluation of an educational programme in suicide prevention. *Nordic Journal of Psychiatry* 58(5):389-94 · October 2004.
- Ratnarajah and Schofield, 2007. Parental suicide and its aftermaths: a review. *Journal of family studies* 13 (1):78-93.
- Seva Fernández A. Aproximación al conocimiento del estado de salud general y salud mental de una población de estudiantes universitarios. *Psiquis* 1994; 15 (2): 27-39.

- Silverman, M.M. (2006). The language of Suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 36(5), pp. 519-532.
- Skog , Teixeira, Barrias, Moreira. Alcohol and Suicide--The Portuguese Experience. *Addiction* 1995;90:1053–61.
- Smith, G. S., Branas, C. C., & Miller, T. R. (1999). Fatal nontraffic injuries involving alcohol: a metaanalysis. *Annals of emergency medicine*, 33(6), 659-668.
- Spiller, Ackerman, Spiller and Casavant. Sex- and Age-specific Increases in Suicide Attempts by Self-Poisoning in the United States among Youth and Young Adults from 2000 to 2018. *The Journal of pediatrics*. July 2019. Volumen 210, Pages 201-208.
- J. Suokas, J. Lönnqvist. Selection of patients who attempted suicide for psychiatric consultation. *Acta Psychiatrica Scandinava*. First published: March 1991. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb05520.x>
- Sinyor, Schaffer, Nishikawa, Redelmeier, Niederkrotenthaler, Sareen, Levitt, Kiss and Pirkis. The association between suicide deaths and putatively harmful and protective factors in media reports. *CMAJ* July 30, 2018 190 (30) E900-E907.
- SUPRE, primary health care workers, WHO, 2000
- Van der Feltz-Cornelis et al. Best Practice Elements of Multilevel Suicide Prevention Strategies: A Review of Systematic Reviews. *Crisis*. 2011;32(6):319-33. doi: 10.1027/0227-5910/a000109.
- World Federation for mental Health, 2006
- Worden. Grief counseling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner. 5th ed. Springer publishing company, 2018.

7. Memoria económica

ÁREAS ESTRATÉGICAS

	Coste
Área estratégica de medios de comunicación	
Compromiso de tratamiento en los medios de comunicación. Libro de estilo.	5.000,00 €
Campañas de prevención	15.000,00 €
Área estratégica de barreras	
Barreras farmacéuticas	5.000,00 €
Barreras telemáticas	5.000,00 €
Área estratégica de colectivos de mayor vulnerabilidad	
Población adolescente	20.000,00 €
Personas mayores	20.000,00 €
Personas con trastornos por consumo de alcohol	2.000,00 €
Cuerpos y Fuerzas de seguridad	2.000,00 €
Universidad de Zaragoza	
Área estratégica de intervención	
Registro de suicidios	15.000,00 €
Implantación escala de detección del riesgo	25.000,00 €
Líneas telefónicas de intervención	40.000,00 €
Programa de postvención	3.000,00 €
Área estratégica de formación	30.000,00 €
Total	187.000,00 €

