

Plan de Prevención, Actuación y Abordaje de la Conducta Suicida en las Islas Baleares



Plan de Prevención, Actuación y Abordaje de la Conducta Suicida en las Islas Baleares

Autora

Nicole Haber Eterovic

Responsable del Observatorio del Suicidio y del Proyecto
Autonómico de Prevención de la Conducta Suicida

Edición

Servicio de Salud de las Islas Baleares. Febrero de 2022

Con el patrocinio de



Maquetación y revisión lingüística

Bartomeu Riera Rodríguez. Jefe del Servicio de Planificación Lingüística. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Diseño y fotografía de la cubierta

Dario Clement Spinazzola Haber

ISBN

978-84-09-38190-6

Cómo citar este documento

Haber Eterovic N. Plan de Prevención, Actuación y Abordaje de la Conducta Suicida en las Islas Baleares. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2022



*La piedra es un símbolo del ser, de la
cohesión y la conformidad consigo mismo.
La piedra simbolizó la unidad y la fuerza.*

Juan Eduardo Cirlot, *Diccionario de símbolos*

Presentación

Hace dos años que se comenzó a gestar el PLAN DE PREVENCIÓN, ACTUACIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS ISLAS BALEARES, desde que la Consejería de Salud y Consumo decidió apostar porque la prevención del suicidio fuera una de las líneas prioritarias del Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 creando el Observatorio del Suicidio. La razón y el propósito del Observatorio ha sido actuar como propulsor y catalizador de acciones y medidas que contribuyeran a prevenir esta grave realidad desde todos los niveles de prevención y desde todas las capas de la sociedad balear; esto es lo que se ha priorizado desde el primer momento. Este Plan pretende recoger y formalizar el trabajo hecho y marcar el camino que debe seguirse, entre todos y para todos.

La violencia autoinfligida —y su consecuencia más dolorosa, la muerte— es un hecho tan complejo y multicausal que hace que la prevención también lo sea. Es un trabajo artesanal y minucioso, que tiene que imbricarse en todas las capas de la sociedad y en todos los ámbitos, desde la comunidad, el entorno y el individuo hasta todos los sistemas de atención, abarcando los tres niveles de prevención (la universal, la selectiva y la indicada) en cada uno. Este es nuestro proyecto autonómico de prevención de la conducta suicida.

Aquí estamos todos implicados: las instituciones, el tejido asociativo, los medios de comunicación y cada uno de nosotros en cuanto ciudadanos de las Islas Baleares. El Observatorio del Suicidio ha mantenido un diálogo abierto con instituciones, entidades y colectivos implicados y/o afectados: técnicos y representantes de servicios sociales, de protección y reforma de menores, de personas mayores, de educación, de emergencias, de asociaciones y un largo etcétera que sigue abierto y que sigue sumándose. Gracias a esta interacción y al intercambio de realidades, necesidades y conocimientos, y gracias sobre todo al hecho de ponerse cara, sentarse y hablar, se han generado sinergias y alianzas que han favorecido la proliferación de medidas que hoy están haciendo realidad la conformación de una red balear de prevención del suicidio, cada vez más sólida. Queda mucho por hacer, pero ya se ha generado el interés, firme y proactivo, de contribuir a prevenir este serio problema de salud pública. Este Plan reafirma el compromiso adquirido.

Nicole Haber Eterovic

Introducción

Para hablar del suicidio, quiero empezar haciendo más las palabras de la responsable del Observatorio del Suicidio y coordinadora del proyecto autonómico de prevención de la conducta suicida, Nicole Haber: «Lo que el cerebro no concibe, los ojos no lo ven», y eso impide la reacción y la acción.

La conducta suicida es una realidad ocultada hasta hace muy poco. Es un problema al que nadie ha mirado de frente. Ha sido ocultada por el miedo y por el estigma durante demasiado tiempo. Por otra parte, nos afecta a todos como personas, independientemente de la edad, el sexo, la cultura, el grupo poblacional y el género, así como a nuestro entorno más cercano, familiar y social.

Ha llegado el momento de mirar, tratar de comprender y actuar en consecuencia. Así lo prioriza la Organización Mundial de la Salud como imperativo global, tras alertar de que el suicidio provoca más muertes que las guerras.

Por todo ello la Consejería de Salud y Consumo decidió dar prioridad a las recomendaciones del Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 en cuanto a la prevención del suicidio creando el Observatorio del Suicidio, que se encargaría de empezar a sensibilizar a la sociedad, de formar a los profesionales y de implementar y coordinar acciones eficaces para que las Islas Baleares estén a la altura de encarar el problema, de reducir la tasa de mortalidad y de paliar el dolor que estas muertes producen en su entorno.

El PLAN DE PREVENCIÓN, ACTUACIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS ISLAS BALEARES recoge y sistematiza el camino recorrido por todos los sectores interpelados, recomienda el camino que debe seguirse e invita a continuar sumando cada vez más actores. Para elaborarlo, el Observatorio del Suicidio ha mantenido un diálogo constante con las instituciones, las entidades y los colectivos implicados. En este sentido, quiero destacar la estrecha relación de colaboración con la Asociación de Familiares y Amigos de Supervivientes por Suicidio de las Islas Baleares (AFASIB), que lleva a cabo una esencial y valiosa labor de apoyo a las personas que han perdido a un ser querido por suicidio y viven uno de los duelos más trágicos y difíciles de afrontar.

El propósito es tejer entre todos una red para la prevención del suicidio. Por ello reitero el compromiso de la Consejería de seguir apostando por el trabajo llevado a cabo con todos los recursos y profesionales necesarios y reforzando las acciones compartidas entre todos los actores implicados.

Quiero dar las gracias a todas las personas que, con su esfuerzo e implicación, han contribuido a elaborar este PLAN DE PREVENCIÓN, ACTUACIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS ISLAS BALEARES.



Patricia Gómez Picard
Consejera de Salud y Consumo

Abreviaciones

AFASIB	Asociación de Familiares y Amigos Supervivientes por Suicidio de las Islas Baleares
AMADIBA	Asociación de Madres y Padres de Personas con Discapacidad de Baleares
(programa) APS	Programa Atención y Prevención del Suicidio (equipos de intervención especializada)
Convivèxit	Instituto para la Convivencia y el Éxito Escolar
COPIB	Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares
GIPEC	Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes
HCIN	Hospital Comarcal de Inca
HCIS	historia clínica (<i>Health Care Information Systems</i>)
HCM	Hospital Can Misses
HMAN	Hospital de Manacor
HUSE	Hospital Universitario Son Espases
HUSLL	Hospital Universitario Son Llàtzer
IBSMIA	Instituto Balear para la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia
IMAS	Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales
LGTBIQ+	lesbianas, gays, transexuales, bisexuales, intersexuales, <i>queer</i> y otros colectivos
OBIA	Oficina Balear de la Infancia y la Adolescencia
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSMIB	Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares
UCA	unidad de conductas adictivas
UHB	unidad de hospitalización breve
UIB	Universidad de las Islas Baleares

Índice de contenidos

1. Marco normativo y planificador.....	13
ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN LAS ISLAS BALEARES	17
2. Epidemiología de la conducta suicida	19
Tentativas e ideación suicida.....	23
Conducta suicida en Mallorca.....	24
Conducta suicida en Menorca.....	27
Conducta suicida en Ibiza y Formentera.....	29
3. Situación de la prevención y el abordaje de la conducta suicida.....	31
Experiencias de información y sensibilización.....	32
Experiencias de coordinación e intervención.....	33
Experiencias formativas.....	35
Experiencias de divulgación y apoyo.....	36
Experiencias de registro.....	36
Experiencias de investigación	37
4. Necesidades y dificultades para la prevención y el abordaje de la conducta suicida.....	38
5. Análisis DAFO	39
ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN.....	42
6. Modelo y niveles de prevención.....	44
Comunidad y entorno	45
Individuo.....	45
Sistemas de atención.....	46
7. Dimensiones, medidas, indicadores y plazos recomendados	50
Comunidad y entorno	52
Individuo.....	69
Sistemas de atención.....	86
8. Plan de formación.....	140
9. Divulgación del plan.....	147
10. Despliegue del plan.....	148
11. Evaluación del plan	150

ANEXOS

Anexo 1. Marco normativo y planificador	168
Ámbito internacional.....	168
Ámbito estatal	170
Islas Baleares.....	174
Anexo 2. Epidemiología de la conducta suicida.....	180
Conducta suicida en el mundo.....	180
Conducta suicida en la Unión Europea.....	183
Conducta suicida en España.....	185
Anexo 3. Circuito de atención y prevención del suicidio y CoorEducaSalutMental.....	191
Anexo 4. Recomendaciones básicas para el tratamiento de la conducta suicida por parte de los medios de comunicación.....	195
Anexo 5. Recursos y teléfonos de ayuda.....	197
Referencias bibliográficas.....	199
Participantes	208



1. Marco normativo y planificador

Los trastornos mentales en conjunto —entre los que se incluye la conducta suicida dada la mortalidad prematura que origina— son la causa más frecuente de carga de enfermedad en todo el mundo, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer; por ello, la prevención y una intervención correcta son consideradas una prioridad sanitaria, económica y social, que ha instado a diversos organismos y entidades de ámbito internacional, estatal y autonómico a formular resoluciones, diseñar planes y emprender acciones para prevenir los factores determinantes y de riesgo asociados a la conducta suicida (véase el anexo 1). En la tabla 1 figura una lista de las normas y de los planes principales que contienen las medidas preventivas que desarrolla este PLAN DE PREVENCIÓN, ACTUACIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS ISLAS BALEARES.

El abordaje de la conducta suicida y la creación de un plan de prevención del suicidio es uno de los objetivos principales del Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022, que establece doce acciones concretas en materia de prevención para desarrollarlas en la comunidad:

- 1) Implantar el Observatorio del Suicidio, que se creó en diciembre de 2017.
- 2) Consensuar protocolos de prevención del suicidio y de seguimiento coordinado en todos los ámbitos.
- 3) Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de actuación en las unidades de salud mental ambulatorias para pacientes con riesgo suicida e intentos de suicidio previos.
- 4) Impartir programas formativos en materia de conducta suicida para profesionales de servicios sanitarios y sociales de atención a las personas mayores y profesionales de los medios escolar y universitario.
- 5) Elaborar y difundir material informativo sobre la prevención de suicidio en centros de atención primaria y en hospitales.
- 6) Establecer un equipo de apoyo profesional para los centros escolares para dar apoyo a jóvenes que han intentado suicidarse e implantar pautas de detección de la conducta suicida.
- 7) Recoger información y evaluar el acceso a medios letales.
- 8) Establecer mecanismos de control informatizado de la dispensación de recetas de psicofármacos.
- 9) Informar a los medios de comunicación sobre cuál sería el trato adecuado de los casos de suicidio.
- 10) Priorizar la promoción de la salud y la prevención del suicidio por parte de los medios de comunicación.
- 11) Impulsar proyectos de investigación de la conducta suicida.
- 12) Estudiar el uso que niños y adolescentes hacen de las redes sociales que pueda promover conductas suicidas y las medidas legales que hay que adoptar.

Tabla 1. Marco normativo y planificador

Organización Mundial de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Resolución WHASS1/2006-WHA60/2007/REC/1 de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud ▫ Resolución WHA65.4 de la 65ª Asamblea Mundial de la Salud ▫ Resolución WH66.8 de la 66ª Asamblea Mundial de la Salud ▫ Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020
Naciones Unidas	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible
Unión Europea	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Declaración Europea de Salud Mental y Plan de Acción en Salud Mental (2005) ▫ Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (2008) ▫ Resolución del Parlamento Europeo, de 19 de febrero de 2009, sobre la salud mental [2008/2209(INI)] ▫ Acción Conjunta por la Salud y el Bienestar Mental (2013-2016) ▫ Marco de actuación para la Acción Conjunta por la Salud y el Bienestar Mental (2016)
Ámbito estatal	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Constitución española de 1978 ▫ Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad ▫ 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 ▫ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud ▫ Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización ▫ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia ▫ Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres ▫ Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública ▫ Real decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social ▫ Real decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista ▫ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013

Islas Baleares

- Plan Autonómico de Salud Mental (1998)
- Protocolo de Actuaciones para la Asistencia Sanitaria Involuntaria de los Enfermos Mentales en las Islas Baleares (2001)
- *Guía de recursos de salud mental de las Islas Baleares* (2001)
- *Recomendaciones para la asistencia en la salud mental* (2001)
- Decreto 37/2001, de 9 de marzo, de creación del Foro de la Salud Mental de las Islas Baleares
- Decreto 99/2002, de 30 de julio, de ordenación de la atención a la salud mental en la comunidad autónoma de las Islas Baleares
- Orden de 7 de mayo de 2004, de la consejera de Salud y Consumo, por la que se regula la Comisión Institucional de Salud Mental de las Islas Baleares y el Comité Técnico Asesor de Salud Mental de las Islas Baleares
- Orden de la consejera de Salud y Consumo de día 10 de mayo de 2004 por la que se crea el Consejo Asesor de la Salud Mental
- Creación del Consejo Asesor de Salud Mental (2005)
- Proposición no de ley sobre el modelo comunitario en salud mental (2005)
- *Guía de recursos y situación de la red de salud mental de las Islas Baleares* (2005)
- Orden de día 23 de enero de 2006 de la consejera de Salud y Consumo por la cual se modifica la Orden de día 7 de mayo de 2004 por la que se regula la Comisión Institucional de Salud Mental de las Islas Baleares y el Comité Técnico Asesor de Salud Mental de las Islas Baleares
- Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares (2006)
- *Guía de recursos y situación de la red de salud mental* (2011)
- Decreto 7/2016, de 12 de febrero, por el que se regula el acceso al servicio ocupacional para personas con discapacidad por trastorno mental grave y la gestión de la lista de espera de las plazas de este servicio
- Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres
- Decreto 66/2016, de 18 de noviembre, por el que se aprueba la Cartera Básica de Servicios Sociales de las Illes Balears 2017-2020 y se establecen principios generales para las carteras insulares y locales
- Plan Estratégico de la Consejería de Salud y Consumo de las Islas Baleares 2016-2020
- Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022

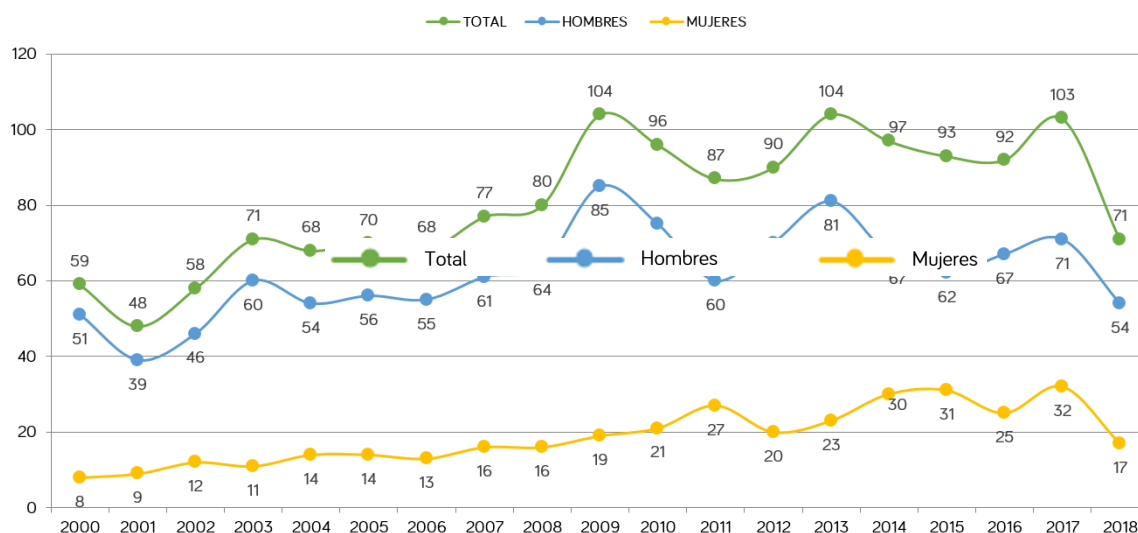
ANÁLISIS DE SITUACIÓN EN LAS ISLAS BALEARES

2. Epidemiología de la conducta suicida

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2018 se produjeron en las Islas Baleares 71 fallecimientos por suicidio (54 hombres y 17 mujeres), lo que representa una disminución del 31 % de los casos respecto a 2017 (24 % menos de hombres y 47 % menos de mujeres) (Gráfico 1). No obstante, los datos suponen una media de un suicidio cada cinco días y una tasa de 6 casos por 100.000 habitantes (

Gráfico 2). Al analizar la evolución de los casos desde el año 2000, se observa una media de 81 suicidios al año, con un máximo de 104 y un mínimo de 48 casos, y que 2009 y 2013 fueron los años en que se registraron más fallecimientos por suicidio. Claramente, la disminución del número de casos en 2018 rompe la tendencia de estabilidad por encima de la media que se había mantenido desde 2013 (Gráfico 1).

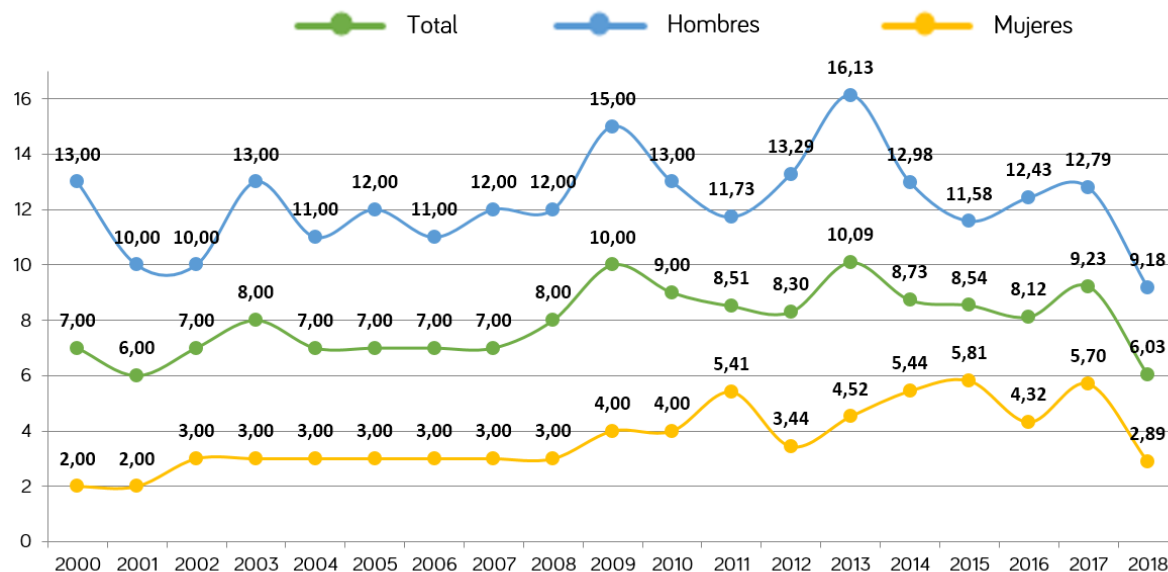
Gráfico 1. Número de suicidios en las Islas Baleares en el periodo 2000-2018, por sexo



Fuente: INEbase, 2020

Considerando las cifras según la variable del sexo, se observa que la prevalencia del suicidio (76 % vs. 24 %) y que la ratio hombre/mujer (3,18:1) son significativamente más altas entre los hombres que entre las mujeres, una tendencia que se mantiene estable en los últimos diez años. Sin embargo, el número de casos de suicidio de hombres ha disminuido considerablemente y se ha situado en cifras parecidas a las de 2004; y el número de casos de mujeres ha retrocedido a cifras parecidas a las de 2007 (Gráfico 1). De la misma manera, las tasas —aunque aún son altas— han descendido significativamente, pues han pasado de casi 13 a 10 suicidios de hombres por cada 100.000 habitantes y de casi 6 a 3 suicidios de mujeres por cada 100.000 habitantes (gráfico 2).

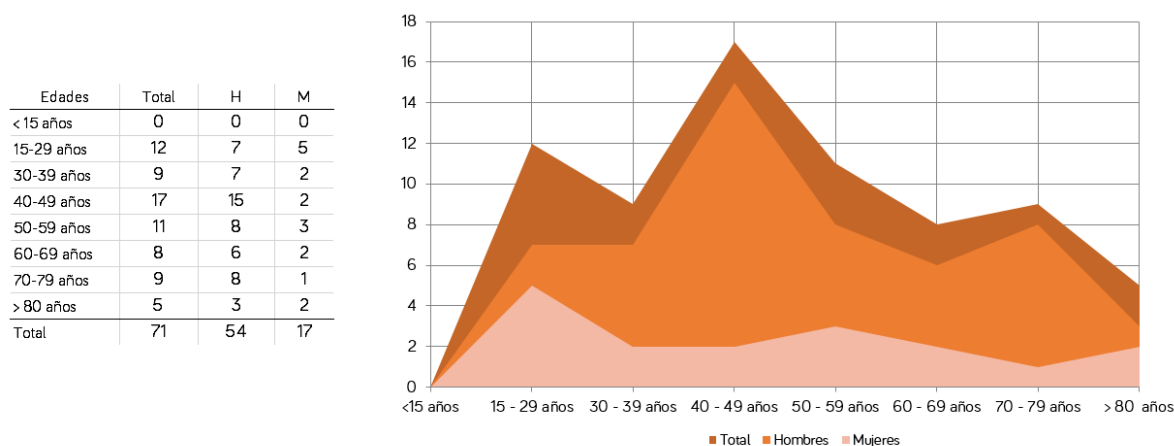
Gráfico 2. Tasas de suicidios por cada 100.000 habitantes en las Islas Baleares en el periodo 2000-2018, por sexo



Fuente: INEbase, 2020

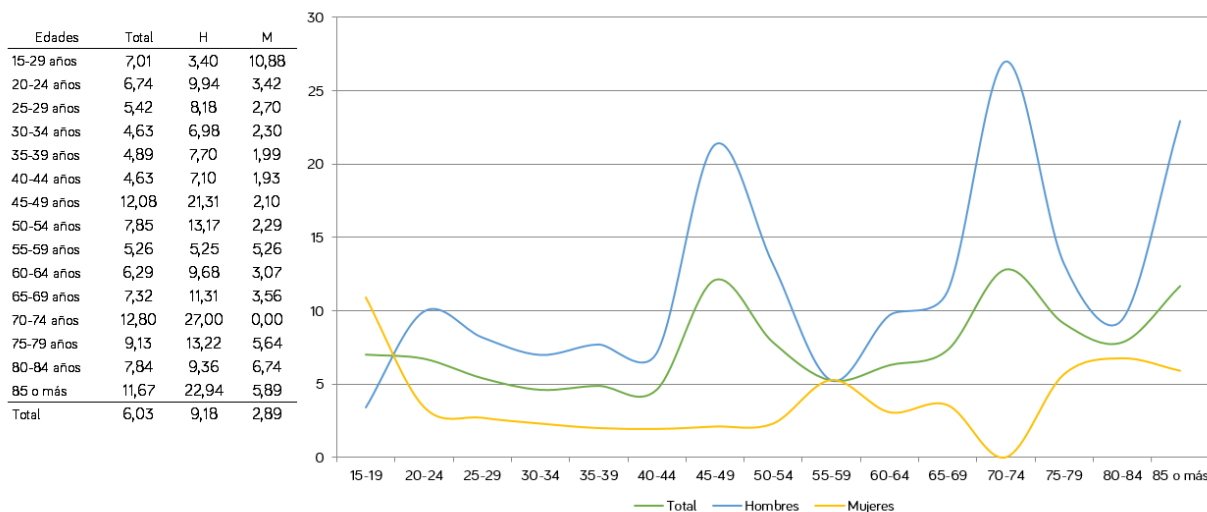
Por edades, se registran más suicidios de hombres entre los 40 y los 49 años y de mujeres entre los 15 y los 29 años (Gráfico 3). Igual que en el conjunto de España, teniendo en cuenta la distribución poblacional se observa que las tasas de suicidio son más altas en los grupos de edad más envejecidos, especialmente en hombres de 70 a 74 años (27,00 por cada 100.000 habitantes) y mayores de 85 años (22,94 por cada 100.000 habitantes), y en mujeres de 15 a 29 años (10,88 por cada 100.000 habitantes) (gráfico 4).

Gráfico 3. Número de suicidios en las Islas Baleares en 2018, por edad y sexo



Fuente: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

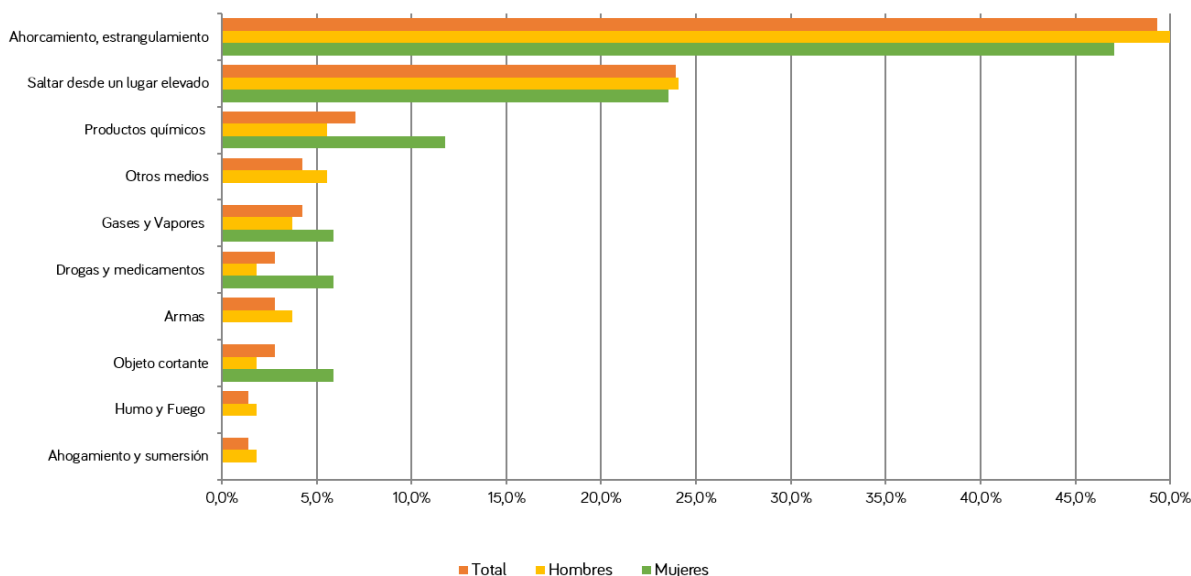
Gráfico 4. Tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes en las Islas Baleares en 2018, por edad y sexo



Fuente: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

Los métodos también coinciden con los datos de ámbito estatal en ambos sexos, entre los cuales el ahorcamiento es el medio utilizado en casi la mitad de los casos, seguido por la precipitación (24 % de los casos). Si bien se observan actos más violentos relacionados con los roles de género, las mujeres optan más por el envenenamiento (ya sea por fármacos u otras sustancias) y por utilizar un objeto cortante. Los hombres, por el contrario, usan armas de fuego y el ahogamiento y la sumersión (Gráfico 5).

Gráfico 5. Métodos de suicidio utilizados en las Islas Baleares en 2018, por sexo



Fuente: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

Tentativas e ideación suicida

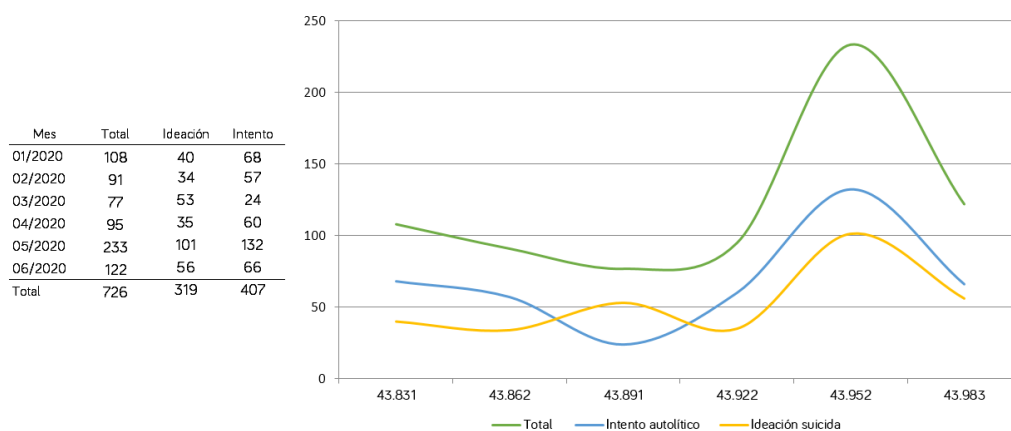
La ideación suicida es un riesgo asociado de depresión que puede afectar al 30-40 % de las personas con este trastorno. En este sentido, por medio de la **Encuesta de Salud de las Islas Baleares de 2017** se detectó que, en ese momento, el 25,1 % de la población adulta estaba en riesgo de padecer un trastorno mental; el porcentaje era mayor entre las mujeres (31,5 %) que entre los hombres (18,8 %) y el riesgo era más frecuente en las clases sociales desfavorecidas, pero en las personas mayores de 65 años las prevalencias tendían a igualarse entre los sexos. El riesgo de sufrimiento psicológico también tenía una relación directa con la percepción de la salud. A medida que la percepción de la salud empeoraba, el riesgo de sufrimiento psicológico era más alto y este riesgo era ligeramente más elevado en Menorca (28,3 %) y en Ibiza y Formentera (27,7 %) que en Mallorca (24,4 %).¹

Por medio del Diagnóstico de Salud de las Islas Baleares de 2010 se supo que en la población infantil y juvenil la causa principal de ingreso por tentativa o lesión autoinfligida se daba en ese momento entre las niñas y que el grupo de mayor riesgo era el de las mayores de 13 años. Por otro lado, el motivo de los ingresos fue sobre todo el envenenamiento con sustancias medicamentosas.²

Más recientemente, un estudio sobre las tipologías de los intentos de suicidio y los suicidios consumados registrados por el Observatorio del Suicidio de las Islas Baleares entre 2011 y 2017 encontró una ratio de 22 intentos de suicidio por cada 100.000 habitantes, que la ratio mujer/hombre era de 1,2:1 y que el método más frecuente era la sobreingesta de medicamentos y/o drogas. El 80 % de los casos tenían algún diagnóstico psicopatológico, los más frecuentes de los cuales fueron trastorno depresivo (30 %), trastorno de la personalidad (20 %), trastorno adaptativo (19,4 %) y trastorno psicótico (11,1 %). Por otro lado, el consumo abusivo de drogas estaba presente en un tercio de los intentos, el 31,8 % de los cuales presentaban comorbilidad con trastornos psicopatológicos. Además, el alcohol (59,1 %), la cocaína (31,1 %) y el cannabis (29,0 %) eran las drogas más consumidas, y el 37,0 % de los consumidores abusaba de más de un tipo de droga.³

Por otro lado, según los datos registrados y codificados por el 061 una vez finalizado el servicio, solamente de enero a junio de 2020 se contabilizaron 726 intervenciones relacionadas con la conducta suicida, el 56 % de las cuales estuvieron relacionadas con un intento autolítico (68 servicios al mes, de promedio) y el 44 % fueron para atender ideación suicida (53 servicios al mes, de promedio). Se observó un aumento significativo del servicio codificado como intento e ideación autolítica en el mes de mayo, cuando se atendieron el 32 % de los servicios registrados hasta junio de 2020 por estas causas. Este incremento es relevante si se compara con el mes anterior (abril), pues se produjeron aumentos del 120 % en el número de servicios por intento autolítico y del 189 % en las intervenciones del 061 por ideación suicida.

Gráfico 6. Datos registrados y codificados por el 061 una vez finalizado el servicio (enero-junio de 2020)

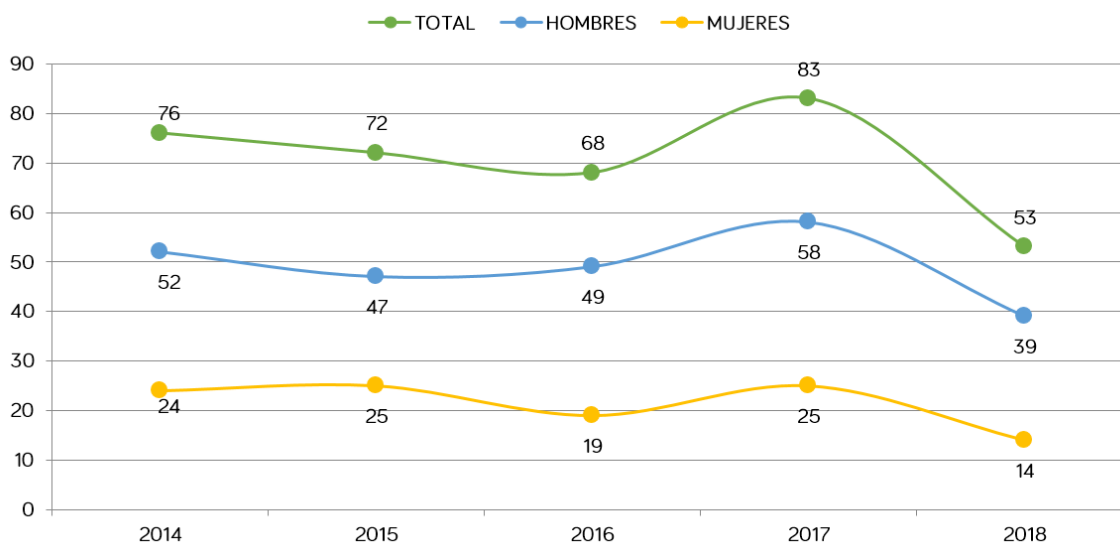


Fuente: Gerencia del 061

Conducta suicida en Mallorca

En 2018 se registraron en Mallorca 53 suicidios (74 % hombres), lo que supone una media de un suicidio cada siete días y una ratio hombre/mujer de 2,78:1. Si se compara con las cifras de 2017, el número total de muertes por suicidio disminuyó un 36 %, con un decrecimiento en el número de fallecimientos por suicidio del 33 % entre los hombres y del 44 % entre las mujeres (Gráfico 7).

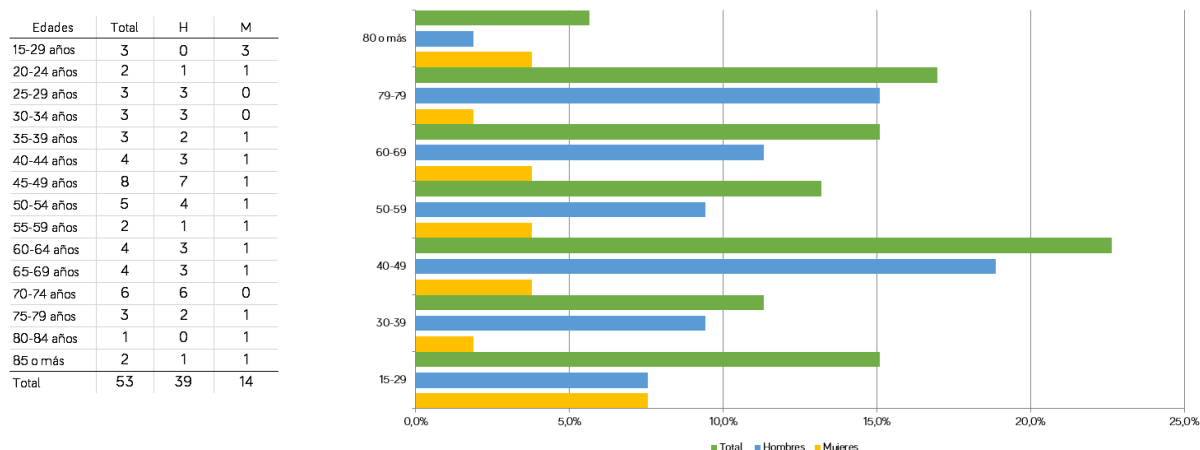
Gráfico 7. Número de suicidios en Mallorca en el periodo 2014-2018, por sexo



Fuente: IBESTAT y Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

Analizando los casos según la edad, se aprecia que el número más alto de suicidios se produjo en el rango de las personas mayores de 60 años (38 % del total), seguido del rango de las personas de 40 a 49 años (36 %) y del rango de las personas de 15 a 29 años (15 %) (Gráfico 8).

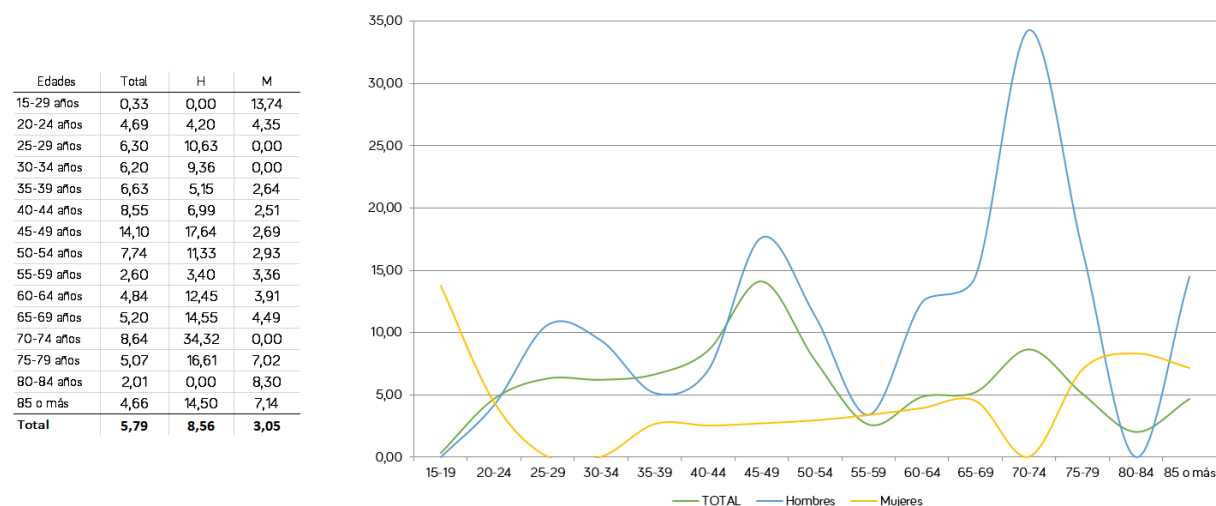
Gráfico 8. Número y porcentaje de suicidios en Mallorca en 2018, por edad y sexo



Fuente: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

Teniendo en cuenta la distribución poblacional se observa que las tasas de suicidio son más altas en los hombres a partir de los 70 años, principalmente entre los 70 y los 74 años (34,32 por cada 100.000 habitantes), aunque son también significativas entre los 45 y los 49 años (17,64 por cada 100.000 habitantes). En el caso de las mujeres, las tasas de suicidio más altas corresponden a la franja de edad de 15 a 29 años (13,74 por cada 100.000 habitantes) y a partir de los 75 años (Gráfico 9).

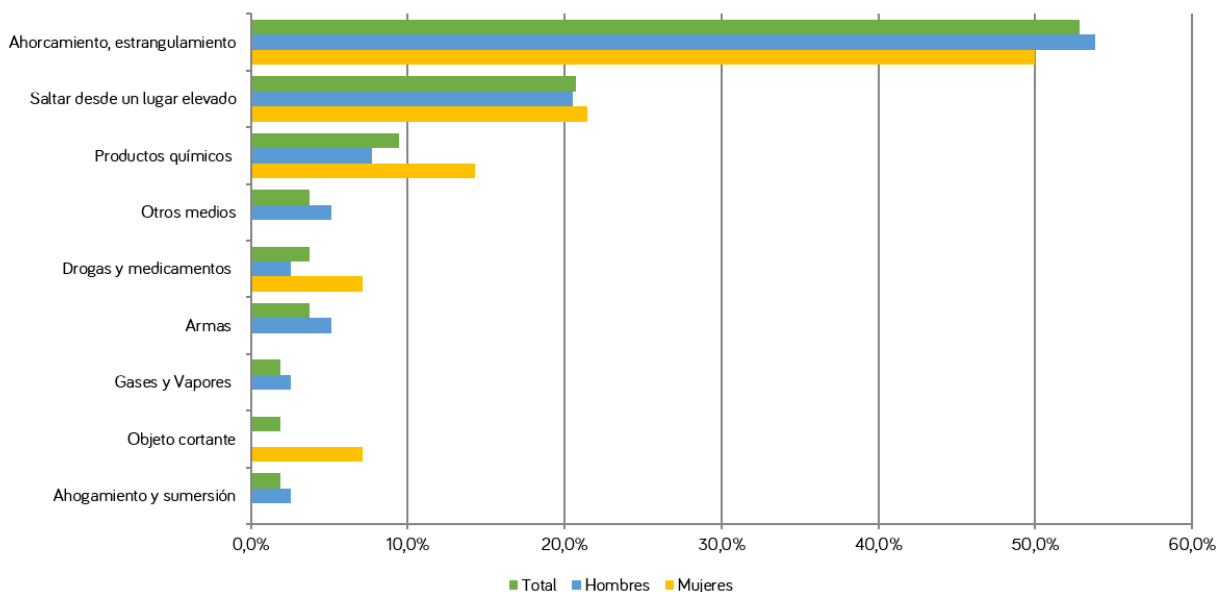
Gráfico 9. Tasa de suicidios en Mallorca por cada 100.000 habitantes en 2018, por edad y sexo



Fuente: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación.

En cuanto al método utilizado para consumar el suicidio, el ahorcamiento fue el más frecuente en ambos sexos (54 % hombres y 50 % mujeres). La precipitación fue el segundo método más frecuente (21,4 % mujeres y 20,5 % hombres). Y el tercer método más utilizado fue el envenenamiento con productos químicos, aunque es más frecuente entre las mujeres (14,3 %) que entre los hombres (7,7 %) (Gráfico 10).

Gráfico 10. Métodos de suicidio utilizados en Mallorca en 2018, por sexo

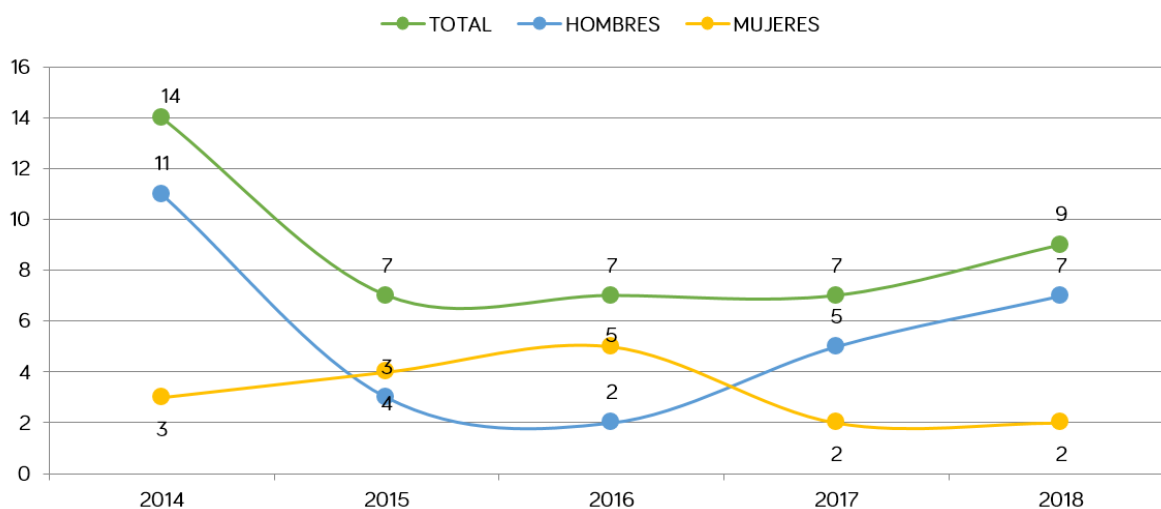


Fuente: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

Conducta suicida en Menorca

En 2018 se registraron en Menorca 9 suicidios (78 %, hombres), lo que supone una media de un suicidio cada 41 días y una ratio hombre/mujer de 3,50:1. Comparándolo con las cifras de 2017, el número total de muertes aumentó un 29 % y se observa un crecimiento en el número de fallecimientos por suicidio del 40 % en hombres (de 5 a 7 casos), pero el número de casos en mujeres se mantuvo igual (Gráfico 11).

Gráfico 11. Número de suicidios en Menorca en el periodo 2014-2018, por sexo

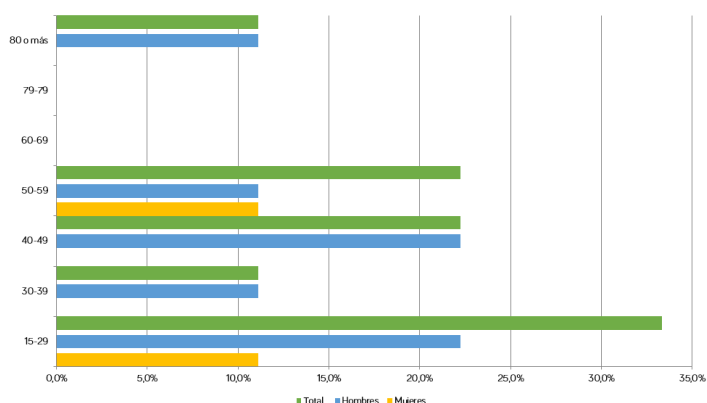


Fuente: IBESTAT y Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

Analizando los casos según la edad, se evidencia que el número más alto de suicidios se produce entre los 40 y los 59 años (44 % del total), seguido de los casos entre los 15 a 29 años (33,3 %) (Gráfico 12).

Gráfico 12. Número y porcentaje de suicidios en Menorca en 2018, por edad y sexo

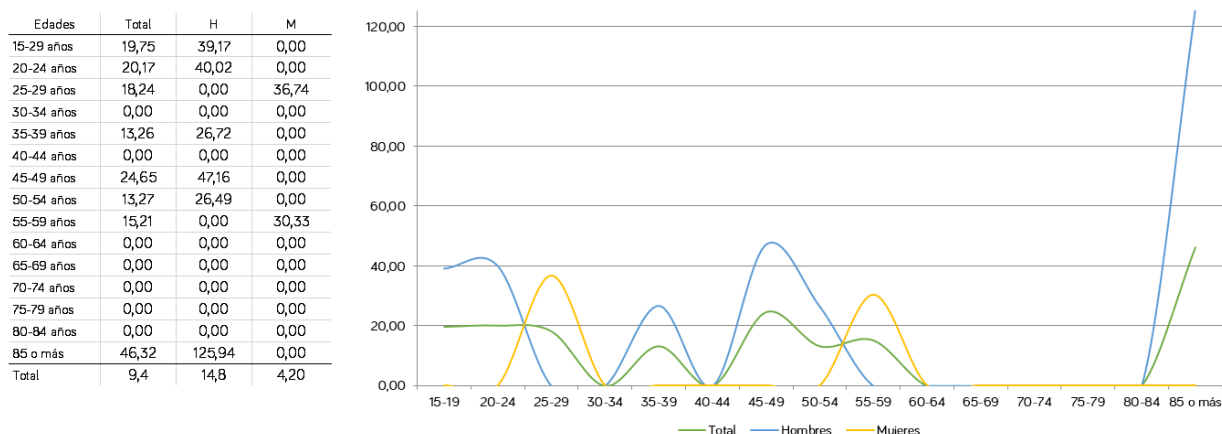
Edades	Total	H	M
15-29 años	1	1	0
20-24 años	1	1	0
25-29 años	1	0	1
30-34 años	0	0	0
35-39 años	1	1	0
40-44 años	0	0	0
45-49 años	2	2	0
50-54 años	1	1	0
55-59 años	1	0	1
60-64 años	0	0	0
65-69 años	0	0	0
70-74 años	0	0	0
75-79 años	0	0	0
80-84 años	0	0	0
85 o más	1	1	0
Total	9	7	2



Fuente: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

Teniendo en cuenta las tasas, se aprecia que el riesgo de suicidio aumentó significativamente con la edad entre los hombres a partir de los 85 años (125,94 por cada 100.000 habitantes), aunque también son reveladoras las cifras entre los hombres de 45 a 49 años, seguidas de las del grupo de 20 a 24 años, con tasas de 46,16 y 40,02 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. En el caso de las mujeres, las tasas de suicidio más altas se dieron en las franjas de edad de 25 a 29 años y de 55 a 59 años, con 36,74 y 30,33 por cada 100.000 habitantes, respectivamente (Gráfico 13).

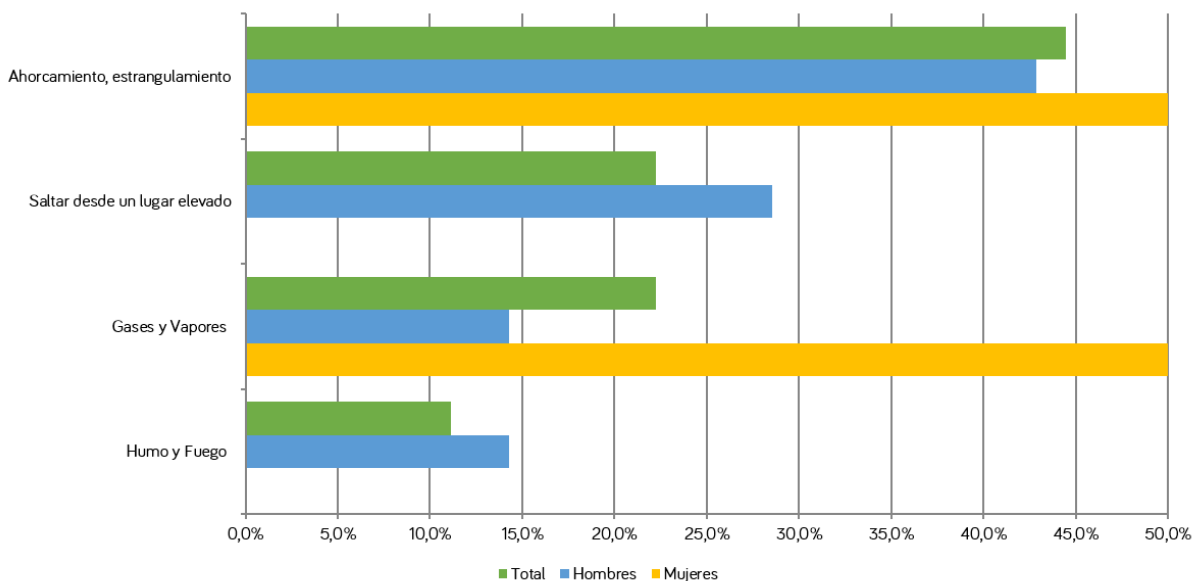
Gráfico 13. Tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes en Menorca en 2018, por edad y sexo



Fuente: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

En cuanto al método, el ahorcamiento fue el método utilizado por el 43 % de los hombres y el 50 % de las mujeres, seguido por la precipitación entre los hombres (29 %) y el envenenamiento por gases y vapores en las mujeres (50 %); este último método es elegido por el 14 % de los hombres (Gráfico 14).

Gráfico 14. Métodos de suicidio utilizados en Menorca en 2018, por sexo



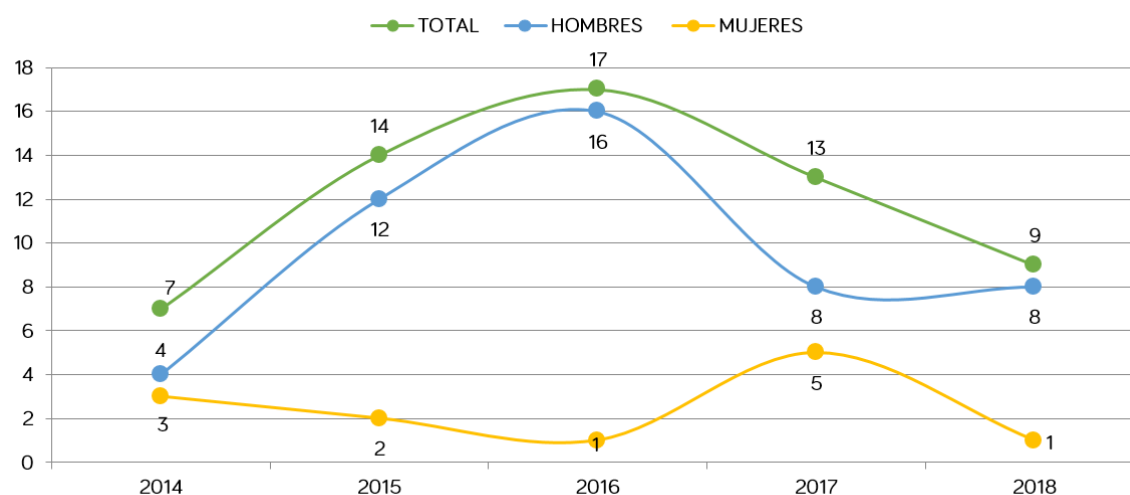
Fuente: Registro de mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación



Conducta suicida en Ibiza y Formentera

En Ibiza y Formentera se registraron 9 suicidios en 2018 (89 %, hombres), lo que supone una media de un suicidio cada 41 días y una ratio hombre/mujer de 9:1. Comparándolo con 2017, se observa una disminución del 31 % en el número total de casos, aunque esta tendencia difiere según el sexo: entre los hombres no hay variación en el número de casos; en las mujeres, en cambio, ha disminuido un 80 % (de 5 a 1) (Gráfico 15).

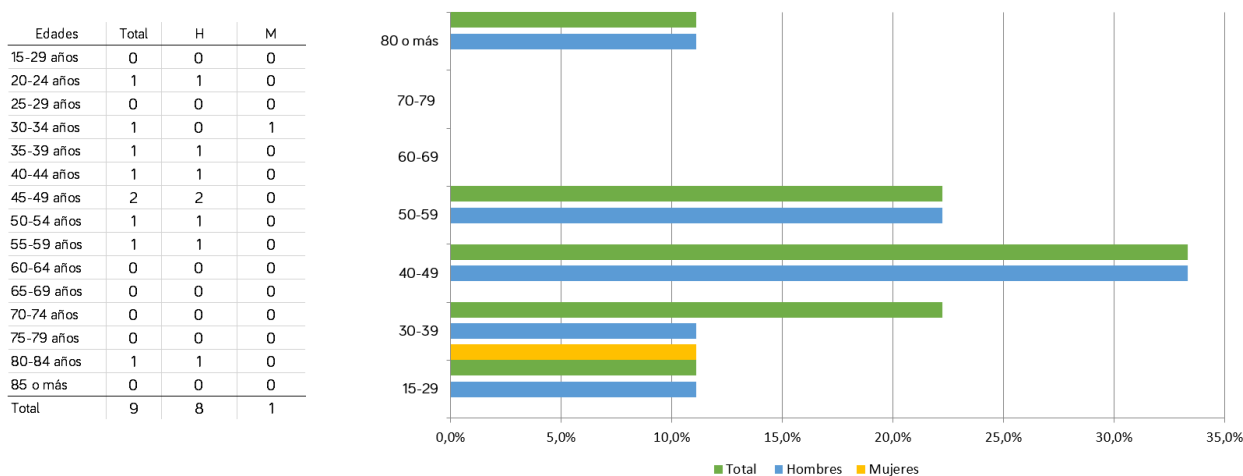
Gráfico 15. Número de suicidios en Ibiza y Formentera en el periodo 2014-2018, por sexo



Fuente: IBESTAT y Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

Analizando los casos según la edad, se observa que el número más alto de suicidios se dio en el rango de los 40 a los 59 años (56 % del total), seguido del número de casos entre los 30 y los 39 años (22,2) (Gráfico 16).

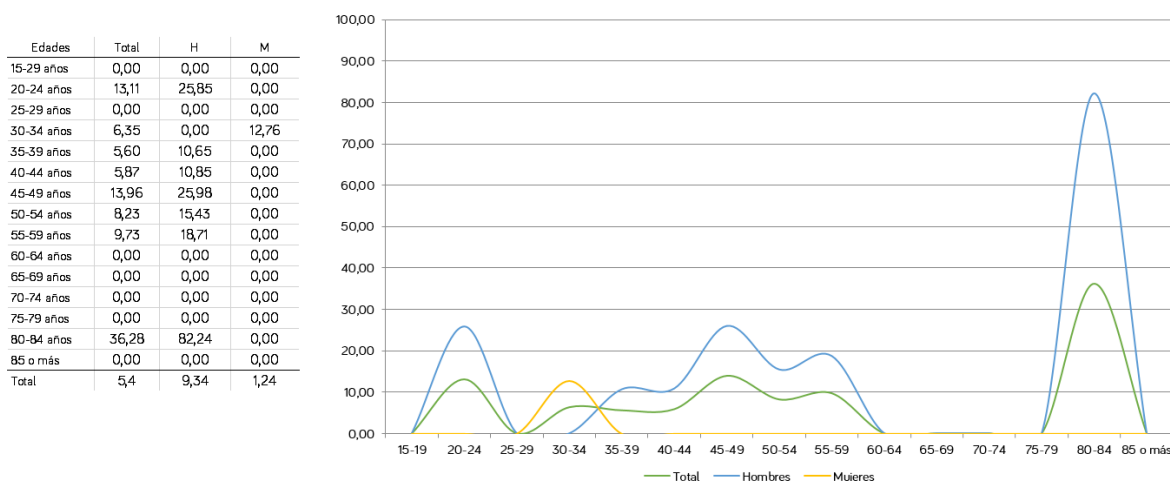
Gráfico 16. Número y porcentaje de suicidios en Ibiza y Formentera en 2018, por edad y sexo



Fuente: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

Teniendo en cuenta la distribución poblacional, se evidencia que las tasas aumentan con la edad en los hombres: es significativa la tasa en la franja de edad de 80 a 84 años (82,24 por cada 100.000 habitantes) y son también relevantes las tasas de suicidio de hombres de 20 a 24 años y de 45 a 49 años, con tasas de 25,85 y 25,98 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. En cuanto a las mujeres, la tasa de suicidio más alta está entre los 30 y los 34 años (12,76 por cada 100.000 habitantes) (Gráfico 17).

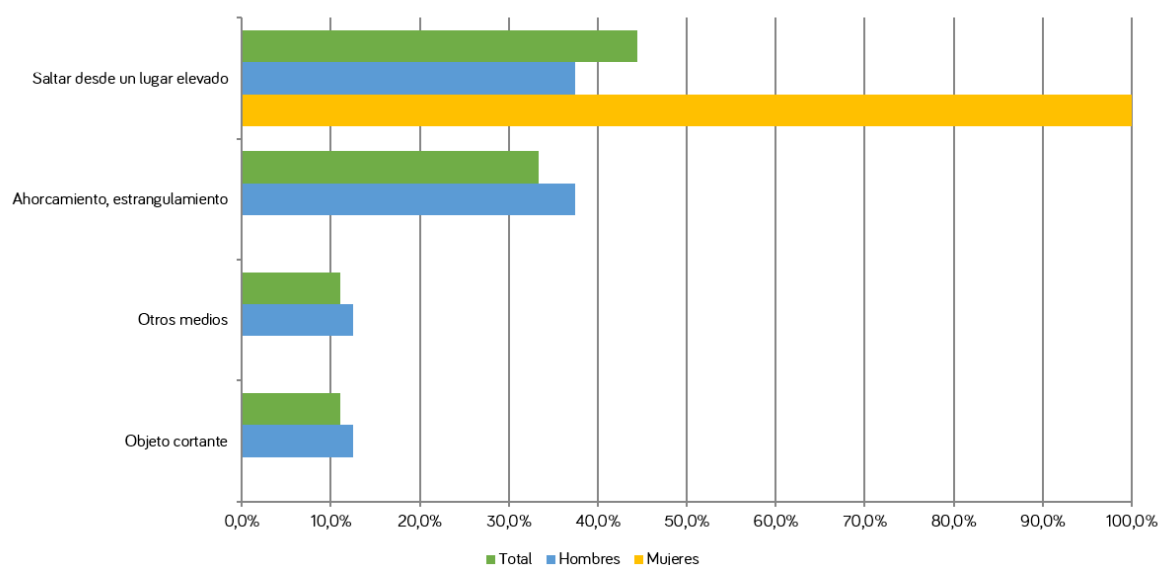
Gráfico 17. Tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes en Ibiza y Formentera en 2018, por edad y sexo



Fuente: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

El método de suicidio más utilizado en ambos sexos fue la precipitación (el 38 % de los hombres y el 100 % de las mujeres); el ahorcamiento fue el segundo método más utilizado por los hombres (37 %), seguido del uso de un objeto cortante (13 %) y de otros medios no especificados (12 %) (Gráfico 18).

Gráfico 18. Métodos de suicidio utilizados en Ibiza y Formentera en 2018, por sexo



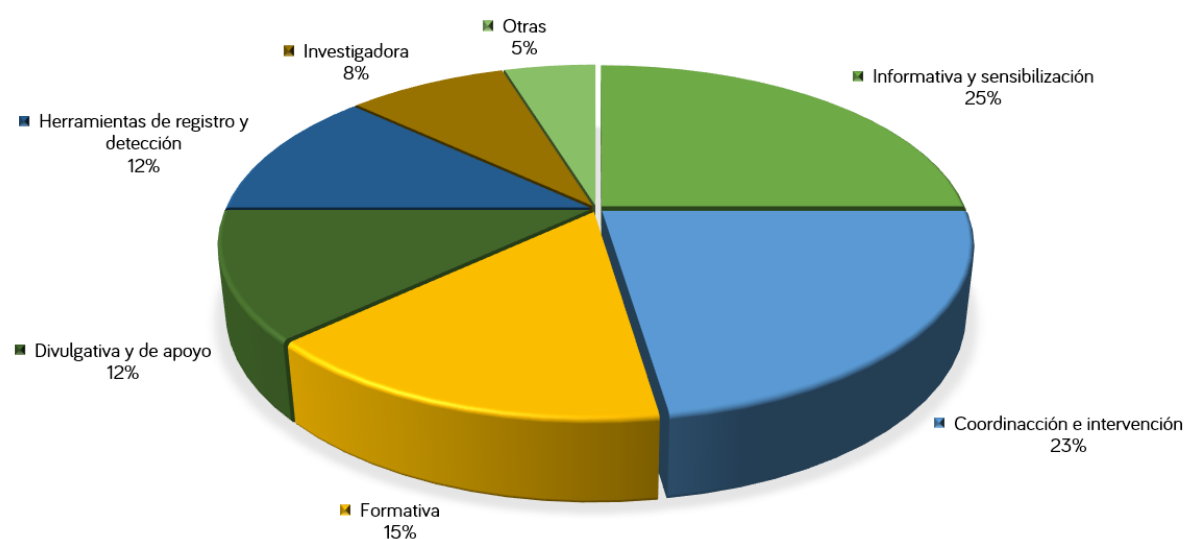
Fuente: Registro de Mortalidad. Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación

3. Situación de la prevención y el abordaje de la conducta suicida

En los últimos años, especialmente a partir de la creación del Observatorio del Suicidio de las Islas Baleares (2017) y de los grupos de trabajo específicos de la conducta suicida (2018), se ha desarrollado un gran número de iniciativas y acciones muy relevantes para la prevención de la conducta suicida en las Islas Balears, como jornadas, charlas y mesas redondas de sensibilización y formación de colectivos específicos (profesionales de los medios de comunicación y de los servicios de emergencias, sociales y educativos, asociaciones...), además de guías y protocolos de coordinación, como la *Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares* y un protocolo de actuación para los centros docentes, protocolos de atención de personas en el programa APS, etc.

El Observatorio del Suicidio desempeña una función de liderazgo y orientación que es esencial, a modo de coordinador y catalizador autonómico de las medidas dirigidas a la prevención de la conducta suicida y para que se mantengan el esfuerzo y el compromiso sostenido necesarios para aplicar y desarrollar el plan. Todas las iniciativas desarrolladas representan una gran oportunidad para articularlas entre las medidas y las acciones propuestas en este PLAN DE PREVENCIÓN, ACTUACIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS ISLAS BALEARES.

Gráfico 19. Experiencias desarrolladas en materia de prevención e intervención de la conducta suicida



Fuente: elaboración propia

Experiencias de información y sensibilización

Las experiencias de **información y sensibilización** son las que más se han desarrollado en las Islas Baleares, promovidas por el Observatorio del Suicidio y por diferentes asociaciones e instituciones, colegios profesionales y áreas de salud mental. Destacan las siguientes (Gráfico 19):

- Primera edición de la Cursa / Marxa Popular per a la Prevenció del Suïcidi, organizada en 2019 por la AFASIB y con la colaboración de asociaciones como 3 Salut Mental y Ángeles de Azul y Verde.
- Segunda edición de la Cursa / Marxa Popular per a la Prevenció del Suïcidi, organizada en 2020 por la AFASIB con la colaboración de la OSMIB y el Observatorio del Suicidio.
- Cuarta edición del taller para el tratamiento del suicidio en los medios de comunicación y conferencia dirigida al público general a cargo de Gabriel González Ortiz, periodista y autor del libro *Hablemos del suicidio*.
- I Hackathon Internacional Online para la Prevención del Suicidio en la Infancia y la Adolescencia, que se desarrolló el 9 de septiembre de 2020 organizado por la AFASIB en coordinación con la Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención de la Conducta Suicida «Papageno» y la colaboración de la OSMIB y del Observatorio del Suicidio.
- Programa de sensibilización sobre la prevención de la conducta suicida en colectivos vulnerables, desarrollado en Palma por el COPIB.
- Programa multicéntrico comunitario contra la depresión y el suicidio, financiado por el Ministerio de Sanidad y desarrollado en la UIB durante un año.
- Programas y acciones de promoción y educación para la salud en general y para la promoción del bienestar emocional en particular, enmarcados en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud y desarrollados por los ayuntamientos, algunos de ellos pertenecientes a la Red Española de Ciudades Saludables (RECS), como el Ayuntamiento de Palma y el Ayuntamiento de Alaior.
- Conferencias de sensibilización organizadas por el Observatorio del Suicidio para policías tutores, profesionales de los servicios sociales y de la educación, asociaciones, entidades del tercer sector, colegios profesionales y público en general.
- Jornadas, reuniones, sesiones y charlas informativas, congresos, etc., sobre diversos temas, como la conducta suicida en la infancia y la adolescencia, los intentos de suicidio en menores de Menorca, la conducta suicida en los cuerpos de seguridad, el estrés laboral y policial, el tratamiento del suicidio en los medios de comunicación, organizados por entidades como el Observatorio del Suicidio, el COPIB, la OBIA, Ángeles de Azul y Verde y las diferentes áreas de salud mental.
- Sesiones de cinefórum y mesa redonda para personas con algún trastorno mental para supervivientes y adolescentes LGTBI, organizadas por 3 Salut Mental y desarrolladas por el COPIB.
- Campañas de sensibilización coincidiendo con el Día Internacional para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre), como la promovida en 2019 por Teléfono de la Esperanza, la AFASIB, el COPIB y el Observatorio del Suicidio con el lema «Yo también soy vulnerable».
- Entrevistas en diferentes emisoras de radio, cadenas de televisión, periódicos, etc., organizadas por el Observatorio del Suicidio, Ángeles de Azul y Verde, el Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Tramuntana (Área de Salud de Mallorca), el COPIB, etc.

Experiencias de coordinación e intervención

Se ha desarrollado un gran número de experiencias de **coordinación e intervención**, en las que el Observatorio del Suicidio actúa como principal organismo de liderazgo y coordinación y que incluyen el desarrollo de protocolos, programas o procedimientos de atención a la conducta suicida, principalmente en el ámbito sanitario, entre las que destaca la implantación del programa Atención y Prevención del Suicidio (APS) en las áreas de salud mental.

El programa APS incluye un circuito específico de atención y derivación de la conducta suicida con los objetivos siguientes (véase el anexo 3):

- Aumentar la detección de casos.
- Incrementar el número de derivaciones sin tentativa.
- Disminuir el tiempo entre la detección y la intervención.
- Reducir el número de muertes por suicidio.

Los equipos del programa APS están especializados y son multiprofesionales, pues están compuestos por psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Ofrecen un tratamiento específico, intensivo y coordinado encaminado a evitar la conducta autolesiva. Las personas en riesgo de suicidio pueden ser derivadas a un equipo APS desde cualquier dispositivo de salud mental, de la atención primaria y de urgencias hospitalarias.

Adicionalmente, se han desarrollado guías, protocolos y programas en los ámbitos social y educativo.

Ámbito educativo

- Desarrollo del documento *Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares*.
- Desarrollo del documento *Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en los centros educativos de las Islas Baleares*.

Ámbito social

- Colaboración entre la asociación Estel de Llevant y la AFASIB para atender a los familiares de víctimas de suicidio de la comarca de Llevant.
- Protocolos de los servicios residenciales de menores para la detección y el abordaje de la ideación suicida y la intervención en las crisis (Consejo de Mallorca).
- Protocolo de actuación en caso de conductas autolíticas, autolesiones, ideación suicida de los centros socioeducativos de ejecución de medidas de justicia juvenil (Dirección General de Infancia, Juventud y Familias de la Consejería de Asuntos Sociales y Deportes).
- En el marco del programa de lucha contra el estigma por razones de salud mental denominado Obertament Balears, que gestiona 3 Salut Mental —alianza de tres entidades sociales: Gira-sol, Es Garrover y Estel de Llevant—, se ha puesto en marcha desde el curso 2018-2019 el proyecto «What's Up! Com vas de salut mental?», que facilita recursos pedagógicos curriculares, competenciales y evaluables.

Ámbito penitenciario

- Programa de prevención de suicidios del Centro Penitenciario de Mallorca.

Ámbito sanitario

- Programa APS del Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Ponent (Área de Salud de Mallorca).
- Programa APS del Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Tramuntana (Área de Salud de Mallorca).
- Programa APS del Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn (Área de Salud de Mallorca).
- Proyecto APS del Sector Sanitario de Llevant (Área de Salud de Mallorca).
- Proyecto APS del Área de Salud de Menorca.
- Programa APS del Área de Salud de Ibiza y Formentera.
- Programa CoorEducaSalutMental:
 - Servicio de gestión de casos de salud mental infantojuvenil, que se coordina con los centros educativos, los asesora en la evaluación, el abordaje y el seguimiento de casos en riesgo suicida y gestiona la cita en el IBSMIA.
 - Pretende garantizar un abordaje integral del menor y su familia coordinando a los diferentes profesionales de todos los ámbitos asistenciales y la gestión de caso a fin de asegurar la continuidad asistencial.
 - Establece una línea de comunicación, fluida y dinámica entre las consejerías de Salud y Educación; identifica a los menores en situación de riesgo autolítico; proporciona formación y asesoramiento sobre problemas de salud a los profesionales de la educación, de la atención primaria, de servicios sociales, etc., y garantiza un seguimiento del menor en situación de riesgo autolítico.
 - Cuenta con una enfermera de casos especialista en salud mental que lleva a cabo una intervención y un seguimiento proactivo de los casos, en coordinación con los servicios de salud mental infantojuvenil, la atención primaria, los servicios sociales y de menores y los técnicos de la atención a la diversidad de la Consejería de Educación y Formación Profesional.
- Proyecto BPSO (*Best Practice Spotlight Organization*): implantación de las recomendaciones de la guía de enfermería titulada *Valoración y cuidados de adultos en riesgo de ideación suicida y comportamiento suicida*, desarrollado en el HUSLL.
- El IBSMIA se va a desarrollar el programa RESCATA, que constará de un subprograma de prevención primaria dirigido a la población adolescente en general, un subprograma de prevención secundaria para facilitar la detección en los grupos de riesgo y un subprograma de prevención terciaria, que se centrará en la intervención con las personas ya han cometido una conducta autolítica o están en alto riesgo de cometerla (este subprograma está pendiente de dotación de personal para convertirse en el grupo APS infantojuvenil).

Ámbito de emergencias y primera intervención

- Convenio entre la entonces denominada Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas y el COPIB para el apoyo psicológico a los ciudadanos en situaciones de crisis, entre ellas los intentos de suicidio.
- Plan de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida en la Dirección General de la Policía, que está en desarrollo a cargo del Cuerpo Nacional de Policía.
- Entre otras experiencias, destacan los grupos de ayuda mutua de supervivientes que la AFASIB organiza y el servicio de colaboración en casos de retirada de armas de efectivos en activo que gestiona Ángeles de Azul y Verde.

Experiencias formativas

En tercer lugar, se ha desarrollado un gran número de **experiencias formativas** específicas promovidas desde el Observatorio del Suicidio, el COPIB, las áreas de salud mental y asociaciones:

- Talleres para el tratamiento de la conducta suicida en los medios de comunicación, impartidos por el Observatorio del Suicidio en Mallorca, Menorca e Ibiza.
- Taller destinado a los policías tutores de Menorca sobre las pautas de actuación, impartido por el Observatorio del Suicidio.
- Actividades sobre intervención y abordaje extrahospitalario de la conducta suicida en los servicios de emergencias, organizadas por el Observatorio del Suicidio y llevadas a cabo en Mallorca, Menorca e Ibiza.
- Sesiones para la evaluación y la intervención en casos de conducta suicida por medio de simulación clínica destinadas a profesionales del 061 y de la atención primaria, desarrolladas por el Observatorio del Suicidio y llevadas a cabo en Mallorca, Menorca e Ibiza.
- Curso de evaluación de la conducta suicida en la atención primaria y en los dispositivos de emergencias, y actividades de evaluación e intervención en casos de conducta suicida por medio de simulación clínica, destinados a profesionales del 061 y de la atención primaria, ambos llevados a cabo en Mallorca, Menorca e Ibiza, organizado por el Observatorio del Suicidio.
- Actividades de intervención psicológica en casos de intento de suicidio en situaciones de crisis, destinadas a la central de teleoperación y a los reguladores del 061, llevadas a cabo por el Observatorio del Suicidio y Teléfono de la Esperanza.
- Cursos sobre intervención psicológica en emergencias, sobre abordaje de las autolesiones y del suicidio en casos de trastorno límite de la personalidad, sobre identificación de la ideación suicida en los adolescentes y sobre estrategias de actuación, impartidos por el COPIB.
- Sesiones para la atención del paciente suicida y para el entrenamiento de la terapia dialéctica conductual, dirigidas a los profesionales de la salud mental del HUSE.
- Cursos para el abordaje del paciente suicida, impartidos en el HUSLL.
- Acuerdos de colaboración formativa de la AFASIB y Ángeles de Azul y Verde con la plataforma Papageno, a los que está adherido y colabora el Observatorio del Suicidio.

Experiencias de divulgación y apoyo

Las experiencias de **divulgación y apoyo** incluyen páginas web, redes sociales y guías para mejorar el abordaje de la conducta suicida. Destacan las siguientes:

- La página web que está desarrollando el IBSMIA para la promoción de la salud mental, orientada tanto a jóvenes como a sus familiares, dentro del web del Servicio de Salud de las Islas Baleares.
- Portal web MAPalma. La salut sempre a prop! (mapalma.cat), desarrollado por el Ayuntamiento de Palma, que incluye el mapa de activos en salud de Palma, elaborado conjuntamente por el Ayuntamiento, la Dirección General de Salud Pública y Participación, la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, el Consejo de Mallorca y diferentes entidades sin ánimo de lucro.
- Línea de atención a la infancia y la adolescencia (teléfono 116111), que ofrece información, orientación y asesoramiento durante las 24 horas, coordinada por la OBIA.
- Difusión desde la página web de Convivèxit de diferentes guías sobre cómo afrontar el suicidio en los centros escolares y el modo de tratar el duelo.
- *Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares.*
- Información sobre la conducta suicida en redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter) y en los webs de entidades como 3 Salut Mental, Ángeles de Azul y Verde, COPIB y Teléfono de la Esperanza.
- Información en redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter) y páginas webs gestionadas por la Consejería de Salud y Consumo, la OSMIB, el IBSMIA y el Hospital de Día de Salud Mental del HCIN.
- Portal web EducaSalut, desarrollado por la Consejería de Educación y Formación Profesional y la Consejería de Salud y Consumo, que contiene un catálogo de recursos (contenidos, programas, material de promoción) orientados a facilitar y promocionar la salud en los centros educativos e incluye temáticas como alimentación y vida activa, bienestar emocional, prevención de adicciones, educación afectiva y sexual y prevención de riesgos y accidentes.

Experiencias de registro

Entre las **herramientas de registro** se han encontrado algunas experiencias prometedoras:

- El proyecto para automatizar el registro de ideaciones suicidas e intentos de suicidio, liderado por el Observatorio del Suicidio y el Departamento de Tecnología de la Información y Comunicaciones del Servicio de Salud de las Islas Baleares.
- En el Servicio de Urgencias del HCIN se está trabajando en una propuesta para incluir la escala SAD PERSONS como instrumento de cribado para decidir si un caso debe derivarse o no al dispositivo de psiquiatra de guardia y, si se deriva, decidir el grado de supervisión que el paciente requerirá hasta que se valore su caso.
- En el Servicio de Urgencias del HMAN se está trabajando en una codificación diagnóstica específica dentro del programa HCIS para los informes de alta de los pacientes atendidos por ideación suicida o intento de suicidio.

- En el HCM se está desarrollando un sistema de detección de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias por riesgo o conducta autolítica.
- En el Área de Salud Mental de Menorca se está trabajando para establecer un sistema que detecte pacientes atendidos en dispositivos de urgencias por riesgo o conducta autolítica, lo cual permitirá hacer estadísticas e iniciar intervenciones, si procede.
- Teléfono de la Esperanza cuenta con dos herramientas: el Programa Llamatel, que es una base de datos en la que se gestionan las llamadas y se generan estadísticas, y ATENSIS, para la evaluación automática del riesgo de suicidio de cualquier persona.

Experiencias de investigación

Las experiencias de **investigación** provienen principalmente del ámbito universitario, pero también se han desarrollado estudios desde los ámbitos sanitario y social:

- La UIB participó en el estudio UniverSal y está llevando a cabo el estudio «Suicidal risk and executive functions in major depressive disorder» para conocer la alteración de las funciones ejecutivas de las personas con un primer episodio de trastorno depresivo. En coordinación con el Instituto de Salud Carlos III, también participa en el proyecto «Joint Action on Support for Member States' implementation of best practices in the area of mental health», convocado en el Plan de Trabajo 2020 del Tercer Programa de Salud (2014-2020) de la Unión Europea.
- Se han presentado trabajos de fin de máster en la UIB que investigan la conducta suicida y la depresión: se aborda la tipología de los intentos de suicidio y de los suicidios consumados registrados en el Observatorio del Suicidio de las Islas Baleares y se analiza la prevalencia de las manifestaciones ansioso-depresivas en los estudiantes de la UIB.
- El Grupo de Trabajo del Suicidio del 061 colabora con el Observatorio del Suicidio para analizar los datos relativos a las asistencias extrahospitalarias de tentativa o intento autolítico.
- En el HMAN se está desarrollando un estudio de investigación de tipo descriptivo y retrospectivo que engloba casos de intento autolítico, conducta suicida y suicidio consumado de pacientes atendidos en el HMAN y en el Sector Sanitario de Llevant (Área de Salud de Mallorca).
- El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses está elaborando un proyecto de estudio de la conducta suicida junto con la Unidad de Salud Mental del HUSE.
- Ben Amics - Associació Lesbiana, Gai, Trans, Bisexual i Intersexual de les Illes Balears está desarrollando investigaciones sobre el riesgo de suicidio entre jóvenes LGTBI.
- En el Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Ponent (Área de Salud de Mallorca) está en la fase inicial de desarrollo una investigación de tipo descriptivo y retrospectivo respecto a las conductas autolíticas y las características demográficas de los pacientes.
- En el Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn (Área de Salud de Mallorca) se está llevando a cabo un estudio observacional de la muestra de pacientes atendidos en el programa de prevención del suicidio del HUSLL.

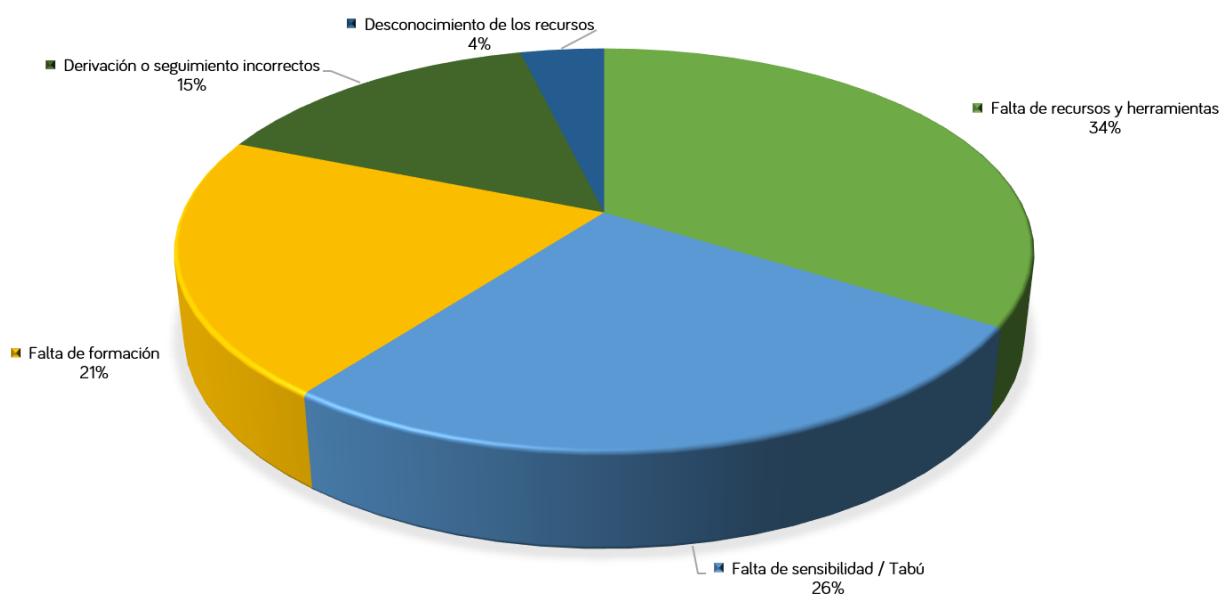
4. Necesidades y dificultades para la prevención y el abordaje de la conducta suicida

La formación es la principal necesidad identificada por los integrantes de los grupos de trabajo, seguida de la falta de coordinación y seguimiento adecuados, vinculada al escaso desarrollo de protocolos de actuación, principalmente sobre la derivación y el abordaje de personas en riesgo de suicidio en los diferentes ámbitos (sanitario, social, educativo y comunitario) (Gráfico 20).

También se considera que es fundamental disponer de más recursos y profesionales especializados para poder atender de una manera más adecuada y eficaz los casos que se identifican.

Todavía existe cierto desconocimiento sobre la conducta suicida en general y, en particular, sobre cómo prevenirla en la sociedad, por lo que se considera necesario desarrollar más campañas de sensibilización y, como medida de apoyo a las personas en una situación de crisis suicida y a su familia, difundir más los recursos de soporte disponibles en la comunidad. En este mismo sentido, dada la complejidad de la conducta suicida —y los múltiples factores que intervienen en ella—, son necesarias más investigaciones para avanzar en el conocimiento de la conducta suicida y poder orientar las acciones preventivas. También se considera muy importante disponer de mejores registros, tanto de tentativas suicidas como de ideación suicida.

Gráfico 20. Principales necesidades identificadas



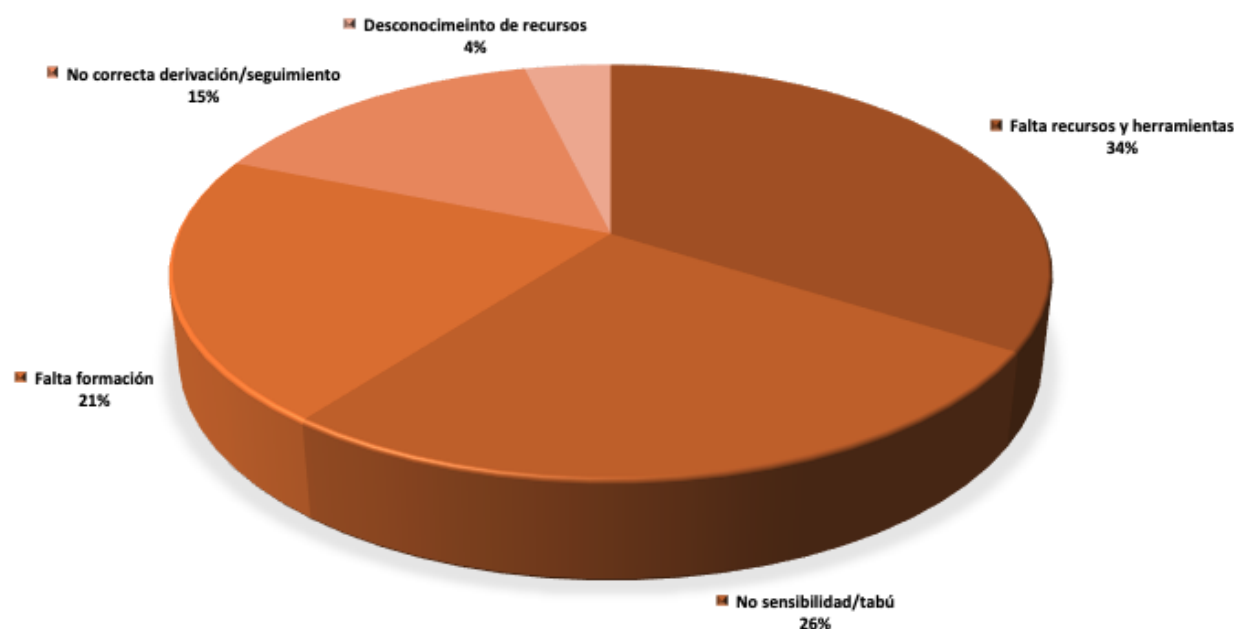
Fuente: elaboración propia

Entre las dificultades principales se señala la falta de recursos humanos y de herramientas (protocolos, guías, herramientas de cribado, informatización de los procesos) para poder hacer un abordaje y una intervención de la conducta suicida que resulten eficaces (Gráfico 21).

Aún sigue habiendo falta de sensibilidad, estigma, tabúes y desconocimiento de los recursos de apoyo y ayuda, particularmente en torno a los trastornos mentales y el suicidio, lo cual disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o lo han intentado y, por lo tanto, no reciben la ayuda que necesitan.

Nuevamente la falta de formación se manifiesta como una gran dificultad a la hora de poner en marcha acciones preventivas y de intervención, lo cual, en cierta manera, dificulta que se hagan correctamente la derivación y el seguimiento de los casos de riesgo.

Gráfico 21. Principales dificultades identificadas



Fuente: elaboración propia

5. Análisis DAFO

Teniendo en cuenta el análisis que se ha llevado a cabo, se han identificado las principales debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que hay que potenciar o evitar para implantar y desarrollar este PLAN DE PREVENCIÓN, ACTUACIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS ISLAS BALEARES.

Fortalezas

- Creación y reconocimiento del Observatorio del Suicidio como figura promotora y de liderazgo en el desarrollo de las acciones y las medidas para la prevención del suicidio en las Islas Baleares.

- Formación de grupos de trabajo específicos para la prevención del suicidio, coordinados y liderados por el Observatorio del Suicidio, en los que intervienen profesionales de diferentes ámbitos asistenciales.
- Desarrollo e implantación del programa APS en las áreas de salud mental.
- Desarrollo del programa CoordEducaSalutMental (guía y protocolo para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos) e implantación de la figura del profesional gestor de casos entre las consejerías de Salud y Consumo y de Educación y Formación Profesional.
- Desarrollo de programas específicos de prevención de la conducta suicida (reclusos del Centro Penitenciario de Mallorca, Dirección General de la Policía, colectivos vulnerables) y de promoción de la salud (principalmente desde los ayuntamientos).
- Plan de formación específico de carácter anual, que dispone de presupuesto específico, coordinado desde el Observatorio del Suicidio de las Islas Baleares y la OSMIB.
- Convenio entre la entonces denominada Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas y el COPIB para el apoyo psicológico a las personas en situación de crisis.
- Buen desarrollo de dispositivos asistenciales de atención infantojuvenil (IBSMIA) y de órganos para la infancia y la adolescencia (OBIA).
- Desarrollo e implantación del Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022 por medio de la creación de grupos de trabajo para implementar objetivos y acciones siguiendo la línea estratégica prioritaria de prevención del suicidio en los ámbitos de la humanización, el estigma, la contención mecánica cero, la reorganización de los recursos, los nuevos programas en neurodesarrollo, la psicosis incipiente, la exclusión social, la atención domiciliaria, etc.
- Inicio del proceso de revisión del modelo funcional de atención a las personas con algún trastorno mental, de carácter interinstitucional (departamentos competentes en materia de salud, educación y servicios sociales) y transversal.
- Creación de la Subdirección de Humanización en la estructura organizativa del Servicio de Salud de las Islas Baleares y del Observatorio de Pacientes de las Islas Baleares, para aglutinar a todas las asociaciones de pacientes y familiares de personas con trastornos de la salud.
- Creación de la figura de policía tutor como recurso especializado para atender la problemática de los jóvenes, especialmente en el ámbito escolar, como el acoso escolar, el absentismo, la violencia intraescolar e extraescolar, el consumo y la tenencia de sustancias tóxicas y/o alcohol...
- Creación del Servicio de Posvención por medio de un convenio entre el 112 y la Consejería de Asuntos Sociales y Deportes.

Oportunidades

- Plan de prevención de la conducta suicida articulado como un objetivo principal del Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022 e incluido en las líneas estratégicas prioritarias de la Consejería de Salud y Consumo y el Gobierno de las Islas Baleares.
- Más implicación responsable e interés de los medios de comunicación sobre la conducta suicida.

- Papel del movimiento asociativo y de otros grupos de interés en la prevención de la conducta suicida, como 3 Salut Mental, AFASIB, Ángeles de Azul y Verde, Teléfono de la Esperanza, etc.
- Colaboración entre diferentes sectores para desarrollar investigaciones sobre la conducta suicida (Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, O61, UIB, unidades de salud mental, hospitales, etc.).

Debilidades

- Desconocimiento pormenorizado y actualizado de la conducta suicida para determinar factores sociodemográficos, métodos, *hotspots*, etc., y para conocer cómo evoluciona.
- No existe un registro de suicidios consumados, de intentos y de casos de ideación que esté integrado y sea operativo entre los sistemas sanitario, social y comunitario.
- Falta de herramientas informatizadas integradas y operativas que den apoyo al profesional sanitario en la identificación, el abordaje y el seguimiento de una persona en riesgo suicida.
- Falta de recursos económicos, humanos y de infraestructura para desplegar y potenciar el programa APS.
- Falta de un plan de formación continuada y especializada entre los profesionales en los diferentes ámbitos (sanitario, social y comunitario).
- Desarrollo insuficiente de guías de práctica clínica y procedimientos basados en la evidencia científica.
- Variabilidad en la atención a las personas en riesgo de suicidio según el área asistencial de referencia y las islas.
- Falta de protocolos y herramientas de coordinación entre los diferentes sectores que intervienen en los casos de conducta suicida (sanitario, social, comunitario, educativo, emergencias y primera intervención).

Amenazas

- Falta de reconocimiento entre la población sobre la importancia de la salud mental.
- Estigma y tabúes sobre la conducta suicida (sociedad, profesionales).
- Desconocimiento de los recursos disponibles y de la posibilidad de que las personas en riesgo suicida y su familia puedan acceder a ellos.
- Dificultades de las personas en riesgo de exclusión social para acceder a los servicios.
- Escasez de profesionales especializados.
- Dispersión geográfica y concentración de más recursos en las zonas urbanas, en detrimento de las zonas rurales.
- Crisis económica y social como factor de riesgo y de financiación insuficiente.
- Priorización insuficiente de la conducta suicida en la agenda política de ámbito estatal.
- Falta de un plan estratégico de salud mental actualizado en el Sistema Nacional de Salud.
- Falta de una estrategia de prevención del suicidio en el Sistema Nacional de Salud.

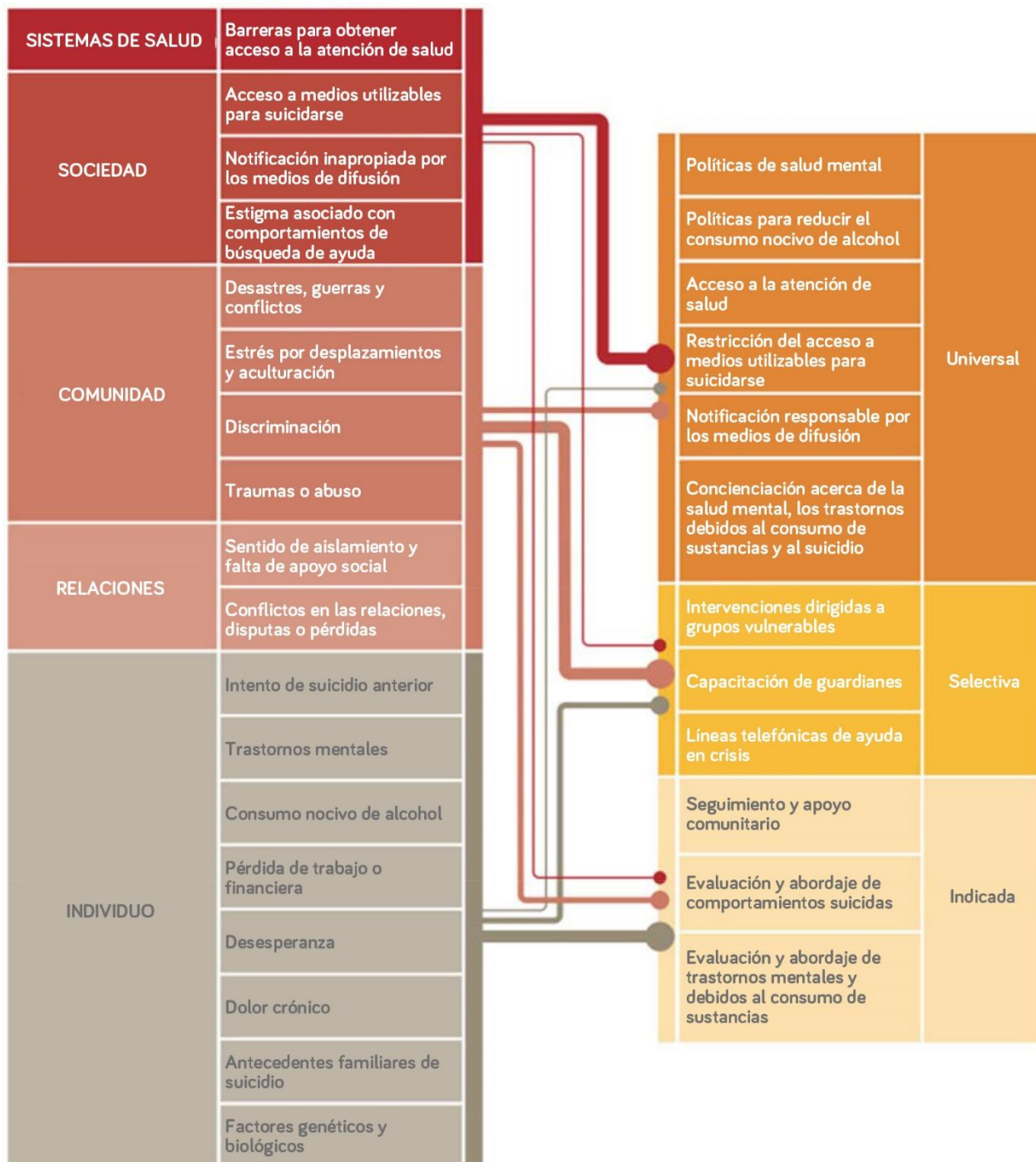
ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN



6. Modelo y niveles de prevención

La OMS tiene un modelo de prevención que ha de ser la referencia en materia de planificación preventiva para las diferentes administraciones estatales, regionales y locales (Ilustración 1).

Ilustración 1. Modelo de prevención del suicidio de la OMS



Fuente: OMS, 2014



Este PLAN DE PREVENCIÓN adopta y adapta este modelo de la OMS para ordenar las diferentes medidas de que consta, de modo que, en vez de organizarse por las tradicionales áreas y objetivos estratégicos, se articula en tres dimensiones clave:

- Comunidad y entorno.
- Individuo.
- Sistemas de atención.

Estas dimensiones se desglosan, a su vez, según el agente (p. ej., el sistema sanitario), el objeto (p. ej., los medios letales) o el sujeto (p. ej., la población infantojuvenil) de prevención a quien se dirige esta prevención. Además, las medidas pueden asignarse a un nivel de prevención:

- **Universal:** dirigidas a toda la población con la finalidad de potenciar al máximo la salud y minimizar el riesgo de suicidio, pues eliminan barreras y aumentan el acceso a la ayuda, fortalecen los procesos protectores como el apoyo social y modifican el entorno físico.
- **Selectiva:** dirigidas a grupos vulnerables de población sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional, los antecedentes familiares, la orientación sexual, etc.
- **Indicada:** dirigidas a personas en riesgo por ideación suicida o por intento de suicidio.

A estos niveles de prevención se sumaría la posvención, dirigida a personas que han perdido un ser querido por suicidio. Estos niveles se han diferenciado por colores:

NIVELES DE PREVENCIÓN

UNIVERSAL

SELECTIVA

INDICADA

POSVENCIÓN

Comunidad y entorno

En esta dimensión se recogen las medidas relacionadas con el espacio sociofamiliar de las personas en general y de las que puedan estar en riesgo suicida en particular. Afectan a cuatro ejes clave de la prevención de la conducta suicida:

- Sociedad.
- Medios de comunicación.
- Acceso a medios letales.
- Familias.

Individuo

Algunas medidas están más dirigidas a las personas y a los grupos de riesgo que son más vulnerables al riesgo suicida o que han sido afectados por este. Se han dividido en dos grandes grupos:

- Personas en riesgo.
- Supervivientes a la muerte por suicidio de un ser querido.

Sistemas de atención

En la prevención y el abordaje del riesgo suicida están implicados muchos sistemas. Todos son agentes de prevención, y en estas medidas se recogen las que afectan a cada uno:

- ▣ Sistema de vigilancia, investigación y alerta epidemiológica.
- ▣ Sistema educativo.
- ▣ Sistema social.
- ▣ Sistema atención penitenciaria.
- ▣ Sistema prevención de riesgos laborales.
- ▣ Sistema de emergencias.
- ▣ Sistema sanitario general.
- ▣ Sistema sanitario: atención primaria.
- ▣ Sistema sanitario: urgencias hospitalarias.
- ▣ Sistema sanitario: unidades de hospitalización.
- ▣ Sistema sanitario: salud mental.

Dimensiones de prevención	Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida
Comunidad y entorno	Sociedad	1) Realizar campañas y otras acciones de sensibilización social coincidiendo con días relacionados con la conducta suicida
		2) Potenciar los programas y las acciones de promoción y educación para la salud en general y la salud mental en particular
		3) Crear una web y un observatorio de buena praxis para dar visibilidad a recursos y herramientas que faciliten la búsqueda de ayuda
		4) Crear un teléfono de atención y apoyo a personas en riesgo de suicidio
		5) Fomentar una sociedad segura: vivienda, empleo, protección social
	Medios de comunicación	6) Editar y divulgar un folleto sobre las medidas del código ético para el tratamiento informativo en los medios de comunicación
		7) Promover la participación, la presencia y la divulgación de información sobre la conducta suicida en los medios de comunicación
	Acceso a medios letales	8) Identificar <i>hotspots</i> y limitar el acceso o disuadir de acceder a ellos
		9) Identificar otros medios letales y limitar el acceso o disuadir de acceder a ellos
		10) Vigilar los contenidos promotores del suicidio en internet
		11) Aumentar el control sobre la prescripción, la dispensación y el acopio de fármacos, en coordinación con las farmacias
	Familias	12) Divulgar una guía para familiares de personas en riesgo suicida
		13) Aumentar la presencia de las familias de personas en riesgo en los procesos de atención e incorporar sus aportaciones

Dimensiones de prevención	Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida
Individuo	Personas en riesgo	14) Divulgar una guía para personas en riesgo de suicidio
		15) Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en migrantes
		16) Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en menores que hayan sido víctimas de malos tratos, abandono o abusos
		17) Incorporar la diversidad afectivo-sexual y de género en las acciones de prevención de la conducta suicida y de atención a personas en riesgo
		18) Mejorar la prevención de la conducta suicida en personas con adicciones
		19) Reducir y prevenir el consumo inadecuado de alcohol en personas con factores de riesgo suicida
		20) Aumentar la sensibilización y la atención a miembros de las fuerzas y los cuerpos de seguridad en posible situación de riesgo suicida
		21) Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en víctimas de violencia de género
		22) Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en personas con alguna discapacidad
	Supervivientes	23) Apoyar el asociacionismo de supervivientes al suicidio de un ser querido
		24) Fomentar los grupos de ayuda mutua entre supervivientes al suicidio de un ser querido
		25) Garantizar un apoyo específico y una respuesta adecuada a los supervivientes
		26) Implantar técnicas de <i>defusing</i> y <i>debriefing</i> entre profesionales supervivientes al suicidio
Sistemas de atención	Sistema de vigilancia, investigación y alerta epidemiológica	27) Crear un registro y un mapa de suicidios en las Islas Baleares
		28) Crear un registro de tentativas de suicidio en las Islas Baleares
		29) Incluir y analizar el riesgo suicida en la Encuesta de Salud de las Islas Baleares
		30) Elaborar y divulgar un informe anual de la conducta suicida en las Islas Baleares (ideación, intentos y suicidios)
		31) Promover la investigación sobre la conducta suicida en las Islas Baleares
		32) Hacer autopsias psicológicas
	Sistema educativo	33) Divulgar la <i>Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares</i>
		34) Divulgar el <i>Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en los centros educativos de las Islas Baleares</i>
		35) Incluir la asignatura Educación Emocional en el currículo escolar
		36) Desarrollar un programa de prevención de la conducta suicida en la UIB

Dimensiones de prevención	Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida
Sistemas de atención (cont.)	Sistema social	37) Desarrollar un protocolo de actuación y coordinación con las unidades de salud mental
		38) Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en los centros de menores y de jóvenes infractores
		39) Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida entre los menores
		40) Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en la tercera edad
	Sistema de atención penitenciaria	41) Mejorar la detección de casos de riesgo y la capacitación en la implantación del protocolo de prevención del suicidio
	Sistema de prevención de riesgos laborales	42) Elaborar protocolos de prevención de la conducta suicida para profesiones en riesgo de conducta suicida
	Emergencias	43) Elaborar e implementar un protocolo de atención telefónica de emergencias extrahospitalarias
		44) Elaborar e implementar un protocolo de actuación coordinada en las emergencias por crisis suicidas
		45) Crear un registro informatizado de intervenciones en emergencias extrahospitalarias por crisis suicidas
		46) Crear un registro informatizado de intervenciones policiales por crisis suicidas
		47) Elaborar e implementar un procedimiento policial para intervenciones por crisis suicidas
		48) Crear un registro informatizado de intervenciones de los bomberos por crisis suicidas
		49) Elaborar e implementar un procedimiento destinado a los bomberos para intervenciones por crisis suicidas
		50) Incorporar la valoración del riesgo suicida en los teléfonos disponibles actualmente
		51) Valorar el riesgo suicida en personas atendidas por otras emergencias
		52) Incluir en el programa APS a personas atendidas en emergencias por riesgo de suicidio
		53) Elaborar e implementar un protocolo de posvención inmediata coordinada en emergencias
	Sistema sanitario general	54) Mejorar el tiempo de respuesta del sistema sanitario
		55) Informatizar un código APS para la detección, la derivación, el seguimiento y el registro de los pacientes en riesgo atendidos en todos los niveles sanitarios
		56) Hacer un seguimiento telefónico de pacientes del programa APS
		57) Editar y divulgar una guía para profesionales sanitarios

Dimensiones de prevención	Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida
Sistemas de atención (cont.)	Sistema sanitario: atención primaria	58) Incluir herramientas de detección del riesgo suicida en la historia clínica
		59) Evaluar las sospechas de riesgo suicida
	Sistema sanitario: urgencias hospitalarias	60) Incorporar en la historia clínica herramientas de detección, evaluación, registro y derivación de pacientes en riesgo suicida
		61) Extender los protocolos del programa APS a los pacientes dados de alta en los servicios hospitalarios de urgencias
	Sistema sanitario: unidades de hospitalización	62) Hacer una evaluación universal del riesgo suicida en el ingreso y en el alta de los pacientes atendidos en UHB
		63) Protocolizar y mejorar las medidas de seguridad en las unidades de hospitalización psiquiátrica y en el ámbito hospitalario general
		64) Incorporar el plan de seguridad y el plan de cuidados enfermeros en las UHB
		65) Incorporar el seguimiento de personas en riesgo suicida dadas de alta
	Sistema sanitario: salud mental	66) Potenciar el programa APS
		67) Hacer una evaluación universal y periódica de los pacientes atendidos en los servicios ambulatorios de salud mental
		68) Ofrecer servicios de psicoterapia a personas en riesgo suicida como parte importante de la intervención
		69) Elaborar un plan de seguridad para pacientes ambulatorios en riesgo de suicidio
		70) Mejorar la detección de casos de riesgo en la población infantojuvenil
		71) Elaborar un protocolo de actuación en las UCA en coordinación con las unidades de salud mental
		72) Crear canales de comunicación y derivación entre el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y los servicios de salud mental para el abordaje de pacientes con una intervención judicial en curso

7. Dimensiones, medidas, indicadores y plazos recomendados

Cada una de las medidas tiene una ficha en la que se identifican los aspectos siguientes: dimensión, agente o sujeto de prevención; nivel de prevención; justificación; prioridad; plazo o inicio recomendado de ejecución; orden de despliegue, e indicadores.

Dimensión	<p>Son las dimensiones a las que afecta la medida, siguiendo el modelo de prevención de la OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Comunidad y entorno. ▫ Individuo. ▫ Sistemas de atención.
Agente, objeto o sujeto de prevención	<p>Identifica a quién va dirigida cada medida. Puede que sea el agente de prevención o el objeto de prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Comunidad y entorno: <ul style="list-style-type: none"> – Sociedad. – Medios de comunicación. – Acceso a medios letales. – Familias. ▫ Individuo: <ul style="list-style-type: none"> – Personas en riesgo. – Supervivientes. ▫ Sistemas de atención: <ul style="list-style-type: none"> – Sistema de vigilancia, investigación y alerta epidemiológica. – Sistema educativo. – Sistema social. – Sistema de atención penitenciaria. – Sistema de prevención de riesgos laborales. – Sistema de emergencias. – Sistema sanitario general. – Sistema sanitario: atención primaria. – Sistema sanitario: urgencias hospitalarias. – Sistema sanitario: unidades de hospitalización. – Sistema sanitario: salud mental.
Nivel de prevención	<p>Indica si la medida es de prevención universal, selectiva, indicada o posvención:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ UNIVERSAL: dirigida a toda la población con la finalidad de potenciar al máximo la salud y reducir al mínimo el riesgo de suicidio al eliminar barreras y aumentar el acceso a la ayuda, fortalecer los procesos protectores como el apoyo social y modificar el entorno físico. ▫ SELECTIVA: dirigida a grupos vulnerables de la población sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional, los antecedentes familiares, la orientación sexual, etc. ▫ Indicada: dirigida a personas en riesgo suicida, bien por ideación o por intento de suicidio. ▫ POSVENCIÓN: dirigida a personas que han perdido a alguien por suicidio.

Medida	Expresión de la medida como tal.			
Justificación	En la justificación se incluyen los aspectos siguientes: <ul style="list-style-type: none">▫ Evidencia científica que justifica el porqué de la medida.▫ Diagnóstico actual de esta medida en las Islas Baleares (cuando exista).			
Prioridad	Indica el grado de prioridad de la medida. No es el grado de importancia (todas son importantes), sino la prioridad que se le otorga dependiendo de la oportunidad, la relevancia, la facilidad de implantación, el nivel de desarrollo anterior, etc.			
	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Indica si el plazo de ejecución o comienzo de la medida es corto/medio o largo.			
	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	Indica el orden en que se desplegará la medida (véase el capítulo 10): <ul style="list-style-type: none">▫ Orden 1: prioridad alta y temporalidad corta.▫ Orden 2: prioridad baja y temporalidad corta.▫ Orden 3: prioridad alta y temporalidad larga.▫ Orden 4: prioridad baja y temporalidad larga.			
	1	2	3	4
Indicadores	Incluye los indicadores de evaluación y evolución de cada medida.			

Comunidad y entorno

Sociedad

Medida 1 Realizar campañas y otras acciones de sensibilización social coincidiendo con días relacionados con la conducta suicida

Dimensión	Comunidad y entorno			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sociedad			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Realizar campañas y otras acciones de sensibilización social coincidiendo con días relacionados con la conducta suicida.			
Justificación	<p>El estigma asociado con la enfermedad mental y con la conducta suicida es una barrera importante para la prevención del suicidio, ya que disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en quitarse la vida o han tratado de quitársela y, por lo tanto, no reciben la ayuda que necesitan.⁴ La sensibilización social juega un papel importante en la prevención para romper mitos y estereotipos vinculados a la conducta suicida.⁵ Parece que el contacto social, la exposición repetida y la participación de la comunidad son cruciales para el éxito de estas campañas.⁶</p> <p>Los esfuerzos de las campañas —desarrolladas idealmente haciéndolas coincidir con días relacionados con la conducta suicida, como el Día Internacional del Superviviente (tercer sábado de noviembre), el Día Mundial de la Salud Mental (10 de octubre) y el Día Mundial de la Lucha contra la Depresión, entre otros— han de estar enfocados en ayudar a reducir el estigma, aumentar la conciencia sobre el suicidio y capacitar a las personas para buscar ayuda cuando más lo necesitan, y deben evitar los mensajes estereotipados de género y aquellos en los que mujeres y hombres no se reflejen por igual.</p> <p>En los últimos años, ciertas entidades han puesto en marcha diversas iniciativas, algunas coincidiendo con el Día Mundial para la Prevención del Suicidio (10 de septiembre):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La AFASIB organizó la primera carrera/marcha para la prevención del suicidio de las Islas Baleares en 2019, en la que también colaboró Ángeles de Azul y Verde. ▪ Estel de Llevant participó en la organización de la segunda carrera/marcha para la prevención del suicidio de las Islas Baleares (2020), en colaboración con la AFASIB y la OSMIB. ▪ La AFASIB, en coordinación con Papageno, organizó el Primer Hackathon Internacional Online para la Prevención del Suicidio en la Infancia y la Adolescencia, el 9 de septiembre de 2020. ▪ Teléfono de la Esperanza participa en el Día Mundial para la Prevención del Suicidio y también en el documental <i>Agarra la vida</i>. ▪ Desde que fueron creados, el Observatorio del Suicidio y la OSMIB han participado en todos estos actos y los han hecho visibles en las redes sociales institucionales y en los medios de comunicación. 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4

Indicadores	<ul style="list-style-type: none">▫ Número de campañas de concienciación llevadas a cabo.▫ Número de actividades llevadas a cabo en las fechas señaladas para la prevención del suicidio.▫ Número de organizaciones implicadas en las campañas.▫ Impacto de las campañas (número de personas a las que han llegado, número de veces que ha sido expuesta la publicidad de la campaña).
-------------	---

Medida 2 Potenciar los programas y las acciones de promoción y educación para la salud en general y para la salud mental en particular

Dimensión	Comunidad y entorno
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sociedad
Nivel de prevención	Universal
Medida	Potenciar los programas y las acciones de promoción y educación para la salud en general y para la salud mental en particular
Justificación	<p>La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, en el cual una persona es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. La salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.⁷ Las estrategias de promoción de la salud mental son eficaces para fortalecer los factores protectores de la conducta suicida, como la resiliencia, la inclusión social, el entorno seguro, la resolución efectiva de problemas, la cohesión familiar, la conectividad, el sentido de significado y pertenencia, relaciones saludables, identidad cultural positiva, etc.⁸ Por lo tanto, este Plan apuesta por una acción decidida y sostenida en promover los programas de promoción y atención a la salud mental articulados en los que ya se desarrollan y se desarrollarán:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Servicio de Promoción de la Salud y de los Hábitos Saludables (Consejería de Salud y Consumo): mapa de activos para la salud (en relación con Localiza Salud, del Ministerio de Sanidad) y rutas saludables, para promoverlos en el entorno comunitario. ▫ El Ayuntamiento de Palma está adherido a la Red Española de Ciudades Saludables y a la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud; lleva a cabo diferentes actividades enmarcadas en el Programa de Promoción de la Salud en el ámbito de Palma para trabajar herramientas que mejoren el bienestar emocional y poder afrontar las situaciones de la vida de forma más efectiva. Algunos de los temas que se desarrollan en este programa son las diez habilidades para la vida propuestas por la OMS. En el portal web Palma Educa (palmaeduca.cat) se ofrece un amplio abanico de actividades de promoción de la salud. ▫ El Ayuntamiento de Alaior está adherido a la Red Española de Ciudades Saludables y lleva a cabo diversos programas (ALTER, Estiu Actiu, pedagogía intensiva...) para promover el bienestar emocional de jóvenes con dificultades familiares y/o consumos y conductas de riesgo, padres y madres, personas mayores y personas en riesgo de exclusión social. Igualmente dispone de equipos de intervención familiar para mejorar el bienestar de las familias y la relación con su entorno (mejorar la comunicación entre sus miembros, etc.). ▫ En el marco del programa Obertament Balears, de lucha contra el estigma por razones de salud mental, que gestiona 3 Salut Mental —alianza de tres entidades sociales: Gira-Sol, Es Garrover y Estel de Llevant—, se ha implantado desde el curso 2018-2019 el proyecto What's Up. ¿Cómo vas de salud mental?, dirigido a alumnos de 3º curso de ESO. El programa facilita recursos pedagógicos curriculares, competencias y evaluables. Como novedad, en el curso 2020-2021 se ofrecieron recursos pedagógicos para toda la ESO: cinco cápsulas de gestión emocional de la COVID-19 y propuestas curriculares, competencias y evaluables para 1º y 3º de ESO. ▫ Hay una profesional de salud pública de enlace con los dispositivos de salud mental para implantar el programa EspaiJove.net, cuya finalidad es aumentar el nivel de conocimientos sobre la salud mental entre la población joven, las familias y los profesionales que trabajan en contacto directo con la salud mental. El programa engloba los conocimientos y las creencias sobre los problemas emocionales y los trastornos mentales, que ayudan a reconocerlos, abordarlos y prevenirlos.

	<ul style="list-style-type: none"> La Consejería de Educación y Formación Profesional tiene una línea clara de abordaje de las habilidades de afrontamiento de los problemas y de abordaje y gestión de las emociones: acciones promovidas por Convivèxit, prácticas restaurativas, educación emocional, adherencia a la red de centros promotores de la salud. La OSMIB tiene un programa específico de formación, con presupuesto de la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares. El IBSMIA está desarrollando el programa RESCATA, para la prevención del suicidio, que incluye un subprograma de educación y alfabetización en materia de salud mental que incluye acciones de sensibilización de la conducta suicida, una guía de autoayuda para adolescentes y una web divulgativa de aspectos de la salud mental. 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> Número de acciones llevadas a cabo. Número y porcentaje de personas, desagregados por sexos, que participan en estas acciones. Número de organizaciones implicadas en estas acciones. Evaluación de las acciones llevadas a cabo. 			

Medida 3 Crear una web y un observatorio de buena praxis para dar visibilidad a recursos y herramientas que faciliten la búsqueda de ayuda

Dimensión	Comunidad y entorno
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sociedad
Nivel de prevención	Universal
Medida	Crear una web y un observatorio de buena praxis para dar visibilidad a recursos y herramientas que faciliten la búsqueda de ayuda
Justificación	<p>Dada la complejidad de la conducta suicida, la prevención debe involucrar perspectivas diversas para garantizar un enfoque que optimice la mejor evidencia y las buenas prácticas disponibles para prevenirla, evitando los mensajes estereotipados de género y potenciando aquellos en los que se vean reflejados mujeres y hombres por igual.</p> <p>La colaboración efectiva y fácilmente accesible y el intercambio de conocimiento e información pueden ayudar a reducir la fragmentación y asegurar una mayor integración y proactividad para favorecer la prevención del suicidio. La creación de una página web de referencia a la que tengan acceso fácilmente tanto el público general y la población de riesgo como las instituciones, los profesionales del ámbito sociosanitario y educativo y los medios de comunicación, con información validada y de calidad sobre la conducta suicida, permitirá conocer mejor y difundir la información y los recursos y servicios disponibles para facilitar la búsqueda de ayuda. La creación de un observatorio de buena praxis informativa permitirá disponer de un conjunto de experiencias de consulta abierta en las que se recojan las buenas prácticas desarrolladas para hacer posible un contacto más próximo y operativo. De esta forma se pretende favorecer, por un lado, la identificación de tendencias y de prácticas innovadoras en la prevención de la conducta suicida y, por otro, servir de medio para darlas a conocer, promover la discusión y el análisis y favorecer la difusión y la transferencia.</p> <p>Actualmente, el Ayuntamiento de Palma cuenta con el portal web MAPalma. La Salut sempre a prop! (mapalma.cat), que contiene el mapa de activos en salud y los recursos comunitarios relacionados con el bienestar emocional, la prevención del consumo de alcohol y tabaco, la crianza positiva, la alimentación saludable, la actividad física y el envejecimiento activo. Este modelo pone el énfasis en la salutogénesis, los determinantes sociales de la salud y el mantenimiento y la mejora de la salud desde el punto de vista holístico (físico, psicológico y social). Actualmente hay más de ochocientos activos en salud identificados (en 2018 se hizo un análisis del mapa por distritos, grupos de edad y factores de salud abordados). A lo largo del año 2021 se valorarán el número de visitas y los espacios de trabajo comunes y de empoderamiento de la ciudadanía que se van generando (centros educativos conectados a su comunidad, potenciar la red asociativa y vecinal, y programas de educación entre iguales, entre otros).</p> <p>También se difunde información sobre la conducta suicida desde páginas web y redes sociales institucionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ El COPIB difunde en su web y en sus redes sociales todas las acciones que lleva a cabo en materia de prevención de la conducta suicida. ▫ La AFASIB comparte en su web y su página de Facebook recomendaciones, noticias de interés, guías de apoyo e información de recursos. ▫ Convivèxit difunde desde su página web diferentes guías sobre cómo afrontar el suicidio en los centros escolares y las maneras de tratar el duelo. ▫ Se difunde información en las redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter) y las páginas web gestionadas por la Consejería de Salud y Consumo, la OSMIB, el IBSMIA y el Hospital de Día de Salud Mental del HCIN. ▫ El Observatorio del Suicidio está adherido y participa en la plataforma Papageno para profesionales involucrados en la prevención del suicidio y para personas que sufren.

	<ul style="list-style-type: none"> ▫ El Observatorio del Suicidio y la OSMIB participan en el programa <i>Flors en el Desert</i>, de IB3 Ràdio, con posibilidad de crear un espacio específico. ▫ La Dirección General de Comunicación del Gobierno de las Islas Baleares ha iniciado la edición y la difusión de vídeos cortos relacionados con los trastornos mentales, los autocuidados en materia de salud mental, la prevención del suicidio y el bienestar emocional. 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Creación de la web y del observatorio de buenas prácticas. ▫ Número de noticias, documentos, etc., divulgados en la página web y en las redes sociales. ▫ Número de usuarios, desagregado por sexos, y número de visitas registradas en la web y en las redes sociales. ▫ Número de publicaciones o material recopilado como buena práctica. 			

Medida 4 Crear un teléfono de atención y apoyo a personas en riesgo de suicidio

Dimensión	Comunidad y entorno			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sociedad			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Crear un teléfono de atención y apoyo a personas en riesgo de suicidio			
Justificación	<p>Los números de teléfono para personas en riesgo de suicidio ofrecen servicios de orientación y apoyo telefónico a personas que estén en riesgo o que estén preocupadas por alguien en riesgo de suicidio.⁹ La creación y la visibilidad de estos teléfonos ayudan a conectar a estas personas con recursos de apoyo local especializados.</p> <p>Disponer de un número de teléfono (como el 016, que se ofrece a las víctimas de violencia de género) que sea fácil de recordar en un momento de crisis suicida y por medio del cual pueda obtenerse ayuda y apoyo en este primer momento crítico es indispensable y algo señalado por entidades e instituciones como el 112, 3 Salut Mental, los Bomberos de Palma, la Policía Local de Palma, la Policía Nacional y la Guardia Civil, Teléfono de la Esperanza y Agencia EFE.</p> <p>Teléfono de la Esperanza ofrece un servicio de orientación telefónica (717 003 717 - 971 461 112) atendido por voluntarios especializados en abordar situaciones de crisis, que funciona durante las 24 horas de todos los días del año.</p> <p>La AFASIB también ofrece orientación por teléfono, correo electrónico, WhatsApp y Facebook.</p> <p>Asimismo, Papageno ofrece asesoramiento a profesionales por medio de una línea de WhatsApp.</p> <p>La Fundación ANAR, mediante el número 116111, ofrece ayuda a menores y adolescentes en un espacio seguro y confidencial en el que se sientan escuchados y respetados y puedan expresar libremente lo que les ocurre, para intentar buscar conjuntamente alternativas a sus problemas.</p> <p>La Asociación La Barandilla, entidad radicada en Madrid, presta también atención en las Islas Baleares por medio del Teléfono Contra el Suicidio (911 385 385), para ayudar a personas que se encuentren en momentos de crisis suicida.</p> <p>El Ayuntamiento de Barcelona ha puesto en funcionamiento el teléfono 900 92 55 55 en el marco del Plan de Choque en Salud Mental de Barcelona 2020 y del Plan de Salud Mental de Barcelona 2016-2022. Una de las líneas de acción es impulsar políticas de prevención y detección precoz del riesgo de suicidio, que se ha concretado con la Estrategia de Prevención del Suicidio, juntamente con otras instituciones, organismos y entidades de la ciudad.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Creación del teléfono. ▫ Número de llamadas recibidas. ▫ Perfil demográfico de las personas que llaman. ▫ Número de actuaciones llevadas a cabo (intervenciones, derivaciones...). 			

Medida 5 Fomentar una sociedad segura: vivienda, empleo, protección social

Dimensión	Comunidad y entorno			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sociedad			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Fomentar una sociedad segura: vivienda, empleo, protección social			
Justificación	<p>Hay evidencia científica que sugiere que el fortalecimiento de la seguridad financiera del hogar y la estabilidad de la vivienda pueden reducir el riesgo de suicidio.¹⁰ Por el contrario, el desempleo, la incertidumbre económica y la pérdida de la vivienda pueden ser factores precipitantes y de riesgo individual que aumentan el riesgo de suicidio por comorbilidad con otros factores de riesgo, como la depresión, la ansiedad y el consumo nocivo de alcohol.^{11, 12}</p> <p>Socialmente, los principales determinantes socioeconómicos que probablemente aumenten el riesgo de la conducta suicida se relacionan con la recesión económica y la incertidumbre, que suelen incluir un grado alto de desempleo, una protección social débil (especialmente por la falta de prestaciones laborales adecuadas), la inexistencia de programas de mercado laboral y de protección del empleo y un grado alto de pobreza. En el ámbito comunitario, la falta de oportunidades laborales y la supresión o la reducción de puestos de trabajo son factores de riesgo importantes. Individualmente, los determinantes socioeconómicos que aumentan el riesgo de conducta suicida incluyen las circunstancias del mercado laboral (desempleo, empleo precario, inseguridad laboral) y un nivel socioeconómico bajo (ingresos bajos / pobreza, nivel educativo bajo, vivir de alquiler en lugar de ser propietario de una vivienda y vivir en una zona de privaciones).¹³ Adicionalmente, es importante estar especialmente vigilantes en los periodos de recesión económica, ya que pueden generar situaciones personales de adversidad y aumentar el riesgo individual de suicidio, especialmente en las personas más vulnerables.^{12, 14}</p> <p>En consecuencia, para mejorar la salud mental y la prevención de la conducta suicida es fundamental fomentar políticas y normativas públicas transversales que potencien las acciones protectoras ante la conducta suicida y minimicen estos potenciales factores de riesgo. Es primordial que las entidades políticas y sociales implicadas pongan en marcha medidas para garantizar la estabilidad laboral, económica y de protección social y que hagan posible paliar el impacto socioemocional, especialmente durante los periodos de crisis económica: ayudas por desempleo, bonos sociales, ayudas para acceder a una vivienda, garantizar el acceso a servicios sociosanitarios, etc.¹⁰ Este tipo de medidas ha demostrado tener relación con la reducción del número de suicidios de personas vulnerables y en momentos de mucha necesidad.¹⁰</p> <p>La OSMIB ha iniciado la revisión del modelo funcional de coordinación de carácter interinstitucional y transversal (consejerías, consejos insulares, ayuntamientos y entidades del tercer sector) para la atención del bienestar mental de la población de las Islas Baleares. Ha iniciado un programa de atención específico a las personas sin hogar creando un servicio para la detección, la evaluación y la intervención en materia de salud mental en este colectivo.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de medidas para garantizar vivienda, empleo y protección social. ▫ Número y porcentaje de personas, desagregados por sexos, que participan en estas medidas. 			

Medios de comunicación

Medida 6 Editar y divulgar un folleto sobre las medidas del código ético para el tratamiento informativo en los medios de comunicación

Dimensión	Comunidad y entorno
Agente, objeto o sujeto de prevención	Medios de comunicación
Nivel de prevención	Universal
Medida	Distribuir y divulgar un folleto con las medidas del código ético de tratamiento informativo en los medios de comunicación
Justificación	<p>Se ha demostrado que la información responsable y adecuada sobre la conducta suicida en los medios de comunicación reduce las tasas de suicidio.^{15, 16} Las noticias que incluyen mensajes de prevención del suicidio,¹⁷ historias de esperanza y resiliencia,¹⁸ factores de riesgo y protección, enlaces a recursos de ayuda (por ejemplo, teléfonos de ayuda) y noticias que evitan el dramatismo de los hechos (por ejemplo, incluyendo el método con fotografías¹⁹ o informando inadecuadamente sobre suicidios de celebridades)²⁰ pueden ayudar a disminuir la probabilidad de suicidio por imitación.²¹</p> <p>La colaboración y la participación de los medios de comunicación para establecer y difundir estas medidas responsables de información,²² en que mujeres y hombres se reflejen por igual y evitando mensajes estereotipados de género, es esencial para mejorar la manera de informar sobre la conducta suicida y para reducir la imitación de los actos suicidas,²³ teniendo en cuenta que parece ser que las personas más jóvenes son las más vulnerables a la influencia de los medios de comunicación.²⁴ Por lo tanto, es fundamental definir y establecer unos principios básicos aplicables a cualquier tipo de medio de comunicación (prensa, radio, televisión, webs, etc.) y exigir que se adhieran públicamente como parte de la responsabilidad y del servicio de los medios —tanto públicos como privados— de ser los garantes del derecho fundamental a la información y, por lo tanto, del compromiso que deben tener con la defensa de la salud pública.</p> <p>En este sentido, se están desarrollando algunas iniciativas en la comunidad y en todo el estado. El Observatorio del Suicidio promueve talleres dirigidos a los medios de comunicación para proporcionar información y material útil para el tratamiento de la noticia. Es un espacio de reflexión y diálogo abierto con el propósito de modificar la manera de informar sobre el suicidio desde la comprensión del problema y de su impacto en la población. La cuarta edición del taller, que se impartió el 20 de septiembre de 2019 en el marco del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, contó con la participación de Gabriel González Ortiz, periodista y autor del libro <i>Hablemos del suicidio: pautas y reflexiones para abordar este problema en los medios</i>.</p> <p>La Asociación de Periodistas de las Islas Baleares ha desarrollado un código ético sobre el tratamiento informativo en los medios de comunicación que incluye veinticinco normas básicas de estilo para el tratamiento mediático del suicidio, en cuya elaboración colaboraron el Colegio Oficial de la Psicología de Baleares y Teléfono de la Esperanza.</p> <p>Agencia EFE también ha elaborado un manual sobre el tratamiento informativo del suicidio a fin de dar un enfoque positivo desde el punto de vista de la salud pública a todas las informaciones relacionadas con el suicidio y al tratamiento del tema en general. El propósito es que sirva de ejemplo a otros medios de comunicación.</p> <p>Por su parte, el Ministerio de Sanidad ha publicado recientemente un manual de apoyo con recomendaciones para el tratamiento del suicidio en los medios de comunicación y un decálogo de recomendaciones para los profesionales de los medios de comunicación con ejemplos prácticos sobre qué hacer y qué no hacer para informar sobre el suicidio.</p>

Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de medios de comunicación que se han adherido a las medidas del código ético para el tratamiento informativo. ▫ Número de noticias publicadas con buen estilo sobre prevención del suicidio. 			

Medida 7 Promover la participación, la presencia y la divulgación de información sobre la conducta suicida en los medios de comunicación

Dimensión	Comunidad y entorno			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Medios de comunicación			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Promover la participación, la presencia y la divulgación de información sobre la conducta suicida en los medios de comunicación			
Justificación	<p>La falta de información responsable y confiable sobre el suicidio puede impedir que el efecto preventivo que se persigue sea efectivo.²⁵ Las recomendaciones insisten en que la información proporcionada aliente a quien esté en riesgo de suicidio a tomar medidas alternativas. Las historias que describen la búsqueda de ayuda (afrontamiento positivo) en circunstancias adversas pueden fortalecer los factores protectores o las barreras al suicidio, y de esta manera contribuir a la prevención. Las notas en los medios sobre suicidios siempre deben incluir información sobre dónde buscar ayuda, preferentemente en servicios reconocidos de prevención del suicidio que estén disponibles las 24 horas de todos los días del año,²⁶ y deben evitar publicar mensajes estereotipados de género en que mujeres y hombres no se reflejen por igual.</p> <p>Es importante dar visibilidad a los casos positivos en los medios de comunicación, proporcionar datos actualizados, teléfonos de ayuda, entrevistas con expertos, entrevistas con usuarios, etc., para proveer contenido útil y preventivo para la población. Es necesario que estos testimonios lleguen a la población en diferentes formatos (noticias, entrevistas, reportajes, documentales, artículos de opinión, conferencias, mesas redondas, conversaciones experto-usuario, etc.) (Dirección General de Comunicación).</p> <p>Actualmente, diversas instituciones desarrollan algunas experiencias informativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Ángeles de Azul y Verde participa en entrevistas en emisoras de radio (Radio Balear, Radio SOSIdario, Radio Córdoba, Radio Intereconomía), en la televisión autonómica y en periódicos. ▫ El Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Tramuntana (Área de Salud de Mallorca) ha participado en un documental, en un programa de televisión y en entrevistas en la radio. ▫ El Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Ponent (Área de Salud de Mallorca) ha emitido entrevistas para informar sobre el programa APS. ▫ Desde 2018, el Observatorio de Suicidio ha difundido mucha información en los medios de comunicación baleares en diferentes noticias sobre el suicidio, haciendo énfasis en la prevención. También ha desarrollado talleres de capacitación sobre el tratamiento de la conducta suicida en los medios de comunicación. ▫ La Agencia EFE ha elaborado informaciones relativas a la incidencia del suicidio cuando se han facilitado datos genéricos y puntualmente ha redactado alguna información en que aludía a casos concretos. 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de publicaciones. ▫ Número de medios de comunicación que las han difundido. ▫ Impacto de las publicaciones (número de lectores, número de <i>likes</i>, número de veces que una noticia ha sido compartida). 			

Acceso a medios letales

Medida 8 Identificar *hotspots* y limitar el acceso o disuadir de acceder a ellos

Dimensión	Comunidad y entorno			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Acceso a medios letales			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Identificar <i>hotspots</i> y limitar el acceso o disuadir de acceder a ellos			
Justificación	<p>La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es eficaz para la prevención, sobre todo de los suicidios impulsivos, porque da más tiempo de reflexión a quien toma en consideración el suicidio.^{22, 27} Restringir el acceso a un método específico también puede reducir la tasa total de suicidios, particularmente si el método es altamente letal, ampliamente disponible y se utiliza en la mayoría de los suicidios.²⁸ La restricción de acceso a medios letales es más efectiva entre la mujeres que entre los hombres, pues estos son más propensos a sustituirlos por medios alternativos.²⁸</p> <p>Un <i>hotspot</i> es un sitio específico, accesible y generalmente público que se utiliza a menudo como lugar para el suicidio y que gana reputación como tal²⁹ por el hecho de tener una probabilidad alta de ser letal.³⁰ Los <i>hotspots</i> más comunes son puentes, edificios altos y acantilados,^{31, 32} vías ferroviarias³³ y ubicaciones rurales o apartadas.³⁴ Los suicidios en estos lugares de riesgo alto pueden tener un impacto angustiante en las personas que presencian el hecho o encuentran al suicida.^{35, 36} A menudo reciben mucha cobertura mediática, lo cual puede aumentar el riesgo de imitación si no se informa de ello adecuadamente.³⁷ No hay acuerdo sobre el número de suicidios que se requieren para identificar un sitio como <i>hotspot</i>, pero la ocurrencia de más de un suicidio en un lugar en particular sugiere que es atractivo para los suicidas y proporciona medios u oportunidades para cometerlo³⁸ y, por lo tanto, justifica tomar medidas de prevención.³⁹</p> <p>En las Islas Baleares, el ahorcamiento es el medio más utilizado en la mitad de los casos de suicidio en ambos sexos y la precipitación es el segundo método más frecuente para cometer el acto suicida, elegido por el 24 % de las mujeres y de los hombres.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Elaboración del mapa de <i>hotspots</i> de las Islas Baleares. ▫ Número de lugares de riesgo alto o <i>hotspots</i> identificados. ▫ Elaboración de un informe con conclusiones y recomendaciones de cada lugar identificado. ▫ Número de lugares de riesgo alto o <i>hotspots</i> con acceso limitado. ▫ Número de acciones desarrolladas para disuadir el acceso a <i>hotspots</i>. 			

Medida 9 Identificar otros medios letales y limitar el acceso o disuadir de acceder a ellos

Dimensión	Comunidad y entorno			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Acceso a medios letales			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Identificación, limitación o disuasión de acceso a otros medios letales			
Justificación	<p>Es importante facilitar la retirada de objetos potencialmente peligrosos del alcance de personas en riesgo de suicidio (pesticidas y armas de caza, por ejemplo).</p> <p>El suicidio con armas de fuego es un método sumamente letal:²² aproximadamente el 85 % de las personas que usan un arma de fuego en un intento de suicidio mueren por la lesión.⁴⁰ La evidencia disponible demuestra una estrecha correlación entre la proporción de familias que tienen armas de fuego y la proporción de suicidios que se cometen con estas.⁴¹ Las medidas que restringen el acceso a armas de fuego —por ejemplo, fortaleciendo la reglamentación sobre la disponibilidad de armas de fuego en viviendas privadas y sobre los procedimientos para obtener licencias y registro, o estableciendo requisitos para el almacenamiento seguro (por ejemplo, en una caja de seguridad y separadas de las municiones)— pueden ser efectivas porque hacen más difícil tener acceso a ellas⁴⁰ y, en caso de tenerlo, pueden aumentar el intervalo de tiempo entre la decisión de actuar y el intento de suicidio.⁴²</p> <p>Se estima que aproximadamente el 20 % de todos los suicidios en el mundo se cometen por autointoxicación con pesticidas.⁴³ La prevención del suicidio por envenenamiento con sustancias como los pesticidas incluye medidas para retirar de la práctica agrícola los más peligrosos, imponer y hacer cumplir los reglamentos sobre la venta y reducir el acceso a ellos almacenándolos correctamente y eliminándolos de la forma más segura.^{22, 44, 45}</p> <p>En las Islas Baleares, el envenenamiento con otras sustancias es el tercer método más utilizado en ambos sexos, y es el elegido por el 18 % de las mujeres y el 11 % de los hombres. El uso de armas de fuego es elegido por el 4 % de los hombres.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de acciones para aumentar el control de las armas de caza. ▫ Número de acciones llevadas a cabo para limitar el uso de pesticidas y otros tóxicos letales. ▫ Número y porcentaje de personas, desagregados por sexos, que mueren por armas de caza, pesticidas u otros medios letales. 			

Medida 10 Vigilar los contenidos promotores del suicidio en internet

Dimensión	Comunidad y entorno			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Acceso a medios letales			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Vigilar los contenidos promotores del suicidio en internet			
Justificación	<p>Cada vez más gente busca en internet ayuda e información sobre la conducta suicida. Junto con la información preventiva, muchas veces también se puede encontrar —en webs, redes sociales, mensajería instantánea de juegos en línea y de rol, etc.— contenido inapropiado, malintencionado y bastante gráfico, que supone en muchas ocasiones un ambiente agresivo, en el que pueden aparecer acoso, insultos, instigación e intimidación y que puede alentar la conducta suicida en lugar de prevenirla, lo cual puede llegar a ser un riesgo potencial para muchas personas especialmente vulnerables, como jóvenes con adicciones,⁴⁶ miembros del colectivo LGTBIQ+, personas con algún trastorno mental, personas susceptibles de exclusión social, etc.</p> <p>Algunas redes sociales, como TikTok, Instagram y otras, tienen ciertas particularidades que facilitan el envío de mensajes promotores del suicidio o mensajes de alerta por parte del sujeto activo. Los menores y los jóvenes son más propensos a recibir estos mensajes y a tener una relación más directa con las autolesiones y la conducta suicida, pues cada vez están más inmersos en este mundo virtual y pueden tener más presión social para esta interacción continua en estas plataformas.</p> <p>Como medida preventiva, redes sociales como Facebook, Twitter y YouTube cuentan con algoritmos que escanean las publicaciones, los comentarios y los vídeos de los usuarios en busca de indicios de riesgo inmediato de suicidio (publicaciones con imágenes o frases alusivas al suicidio, por ejemplo) para poder alertar a los servicios de emergencias o prestar ayuda en ese momento de crisis enviando o desplegando sugerencias dirigidas tanto a las personas con deseo suicida como a los usuarios que quieren ayudar a otros, o bloqueando cualquier contenido promotor del suicidio.</p> <p>Al margen de estas herramientas de prevención, es importante estar vigilante y supervisar cualquier contenido publicado que aliente la conducta suicida, a fin de evitar que se almacene o se difunda este tipo de material y trasladar a los cuerpos y a las fuerzas de seguridad los casos que puedan ser constitutivos de delito o que provoquen dudas al respecto. Las actuaciones, además, deben estar dirigidas a concienciar a menores y jóvenes sobre los peligros del mal uso de internet y a facilitarles la información necesaria para que aprendan a navegar y hacer un uso responsable y seguro.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de webs, blogs, foros, mensajes instantáneos de juegos en línea, etc., con contenidos promotores del suicidio identificados. ▫ Número de webs, blogs y foros, mensajes instantáneos de juegos en línea, etc., con contenidos promotores del suicidio que ha sido cerrados y/o bloqueados. 			

Medida 11 Aumentar el control sobre la prescripción, la dispensación y el acopio de fármacos, en coordinación con las farmacias

Dimensión	Comunidad y entorno			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Acceso a medios letales			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Aumentar el control sobre la prescripción, la dispensación y el acopio de fármacos, en coordinación con las farmacias			
Justificación	<p>Es importante estar especialmente vigilantes en el caso de personas que han intentado suicidarse por ingestión de medicamentos a la hora de recetarles un tratamiento farmacológico sin apenas supervisión. La intoxicación con fármacos suele ser un método frecuente de suicidio y de intentos de suicidio.²² Se ha demostrado que la restricción del acceso y de la disponibilidad de fármacos es una medida preventiva eficaz,⁴⁷ por ejemplo, manteniendo los fármacos en un armario bajo llave o en otro lugar seguro y alejado de las personas que podrían estar en riesgo de suicidio o que hayan intentado suicidarse anteriormente.^{40, 48}</p> <p>Los farmacéuticos pueden desempeñar una función decisiva si aumentan el control sobre la prescripción y la dispensación de fármacos, si informan a los pacientes y a su familia sobre los riesgos del tratamiento con algunos medicamentos y si recalcan la importancia de cumplir las dosificaciones prescritas y de desechar debidamente los fármacos sobrantes.^{22, 47}</p> <p>En las Islas Baleares, el envenenamiento con fármacos es el método utilizado por el 3 % de los hombres y el 2 % de las mujeres. Por ello existe el visado de recetas, que es la autorización previa a la dispensación que requieren algunos medicamentos o productos sanitarios cuando son prescritos por médicos del Servicio de Salud de las Islas Baleares. La unidad responsable de la autorización de visado es el Servicio de Farmacia.</p> <p>El objetivo del visado es garantizar el uso adecuado de medicamentos y productos sanitarios, con atención especial sobre los que están sujetos a prescripción médica restringida o al uso reservado para determinados medios especializados y también los que planteen especiales problemas de seguridad o se circunscriban al tratamiento farmacológico de determinados grupos poblacionales considerados de riesgo.</p> <p>El visado se cursa después de la prescripción del médico: si la prescripción se ha hecho por medio del sistema de Receta Electrónica (RELE), el visado se emite generalmente dentro de un plazo de 24-48 horas; si la prescripción se presenta impresa en papel, hay que aportar esa receta y el informe del facultativo a las unidades de gestión del visado de cada isla.</p> <p>Aunque actualmente la vigencia del visado puede extenderse durante varios meses, en el caso de las personas en riesgo de suicidio sería fundamental que la vigencia fuera corta, a fin de garantizar un seguimiento más proactivo y preventivo de los casos.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de acciones para aumentar el control de la prescripción, la dispensación, la administración y el acopio de fármacos potencialmente letales en caso de sobredosis. ▫ Número y porcentaje de personas, desagregados por sexos, que ingresan a causa de envenenamiento por fármacos. ▫ Número y porcentaje de personas, desagregados por sexos, que mueren a causa de envenenamiento por fármacos. 			

Familias

Medida 12 Divulgar una guía para familiares de personas en riesgo suicida

Dimensión	Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Familias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Divulgar una guía para familiares de personas en riesgo suicida			
Justificación	<p>La divulgación de una guía para familiares —con perspectiva de género— busca informar y sensibilizar sobre la conducta suicida facilitando información práctica sobre mitos, factores de protección, factores de riesgo y señales de alerta, sobre las medidas que hay que tomar y sobre recursos a los que se puede acudir en una situación de riesgo.</p> <p>Idealmente, estos documentos deben estar orientados principalmente a guiar a los familiares y a los allegados para poner en marcha distintas estrategias preventivas cuando se detecta alguna señal de alerta que pueda hacer sospechar que una persona está en una situación potencial de riesgo suicida.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Divulgación de la guía. ▫ Número de acciones divulgativas de la guía. ▫ Número de asociaciones de familias e instituciones donde se divulga la guía. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas. 			

Medida 13 Aumentar la presencia de las familias de personas en riesgo en los procesos de atención e incorporar sus aportaciones

Dimensión	Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Familias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Aumentar la presencia de las familias de personas en riesgo en los procesos de atención e incorporar sus aportaciones			
Justificación	<p>La escucha y la recogida de información de familiares en la atención a personas en riesgo de suicidio no solo están limitadas por la confidencialidad clínica y el principio de autonomía del paciente, sino que suele haber resistencia de los profesionales para lograr una participación más activa de los familiares en el proceso de abordaje de la conducta suicida.</p> <p>Sin embargo, involucrar a la familia puede ayudar a promover el cumplimiento terapéutico del paciente y favorecer la supervisión regular mientras persista el riesgo.⁴⁹ La participación de las personas en riesgo —por ejemplo, las que son dadas de alta de urgencias tras un intento suicida o después de recibir atención hospitalaria— puede favorecer que asistan a las citas de seguimiento.</p> <p>Para garantizar un contacto correcto y una colaboración eficaz entre los profesionales y las familias sin vulnerar el principio de autonomía del paciente hay que involucrar a la persona en riesgo y desarrollar e implementar pautas para equilibrar este principio y garantizar la seguridad de los pacientes con riesgo alto de suicidio.⁵⁰</p> <p>Esta incorporación de criterios familiares no es exclusiva del ámbito sanitario, sino que debe extenderse a todos los sistemas de atención de la persona en riesgo.</p> <p>Diversas instituciones desarrollan algunas experiencias que implican la participación de las familias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ El IBSMIA tiene previsto formar un grupo de padres de niños en riesgo suicida. ▫ La AFASIB asesora a familias con algún miembro en riesgo. ▫ El Consejo Insular de Mallorca dispone de un recurso de intervención psicoterapéutica especializado para mejorar las competencias familiares. ▫ El programa APS del Sector Sanitario de Tramuntana (Área de Salud de Mallorca) incluye la psicoeducación para familiares de personas en riesgo de suicidio. La atención a las familias se hace individualmente y en grupo, siempre con el consentimiento del paciente. ▫ En el programa APS del Sector Sanitario de Migjorn (Área de Salud de Mallorca) se atiende a los familiares dependiendo de cada caso, siempre junto con el paciente. ▫ En el programa APS del Sector Sanitario de Ponent (Área de Salud de Mallorca) se hacen intervenciones individuales con pacientes y su cuidador principal. También se han ideado sesiones grupales para familiares de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad incluidos en el grupo de terapia dialéctica conductual (DBT). 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de entidades que incorporan a las familias en los procesos de atención y porcentaje sobre el total. ▫ Número de actuaciones en que se ha incorporado a la familia en la intervención del paciente en riesgo suicida y porcentaje sobre el total. 			

Individuo

Personas en riesgo

Medida 14 Divulgar una guía para personas en riesgo de suicidio

Dimensión	Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Personas en riesgo de suicidio			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Divulgar una guía para personas en riesgo de suicidio			
Justificación	La divulgación de una guía para personas en riesgo de suicidio pretende ser un recurso de ayuda para todas las personas afectadas por la ideación suicida proporcionándoles información veraz y objetiva sobre la conducta suicida, ayudándoles a identificar cuáles son las señales de alerta y proponiéndoles distintas habilidades de afrontamiento validadas para la identificación y la prevención precoces de la conducta suicida.			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Publicación de la guía. ▫ Número de acciones divulgativas de la guía. ▫ Número de asociaciones e instituciones que divulgan la guía. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas. 			

Medida 15 Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en migrantes

Dimensión	Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Migrantes en riesgo de exclusión social			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en migrantes			
Justificación	<p>Los migrantes pueden estar expuestos a algunos factores de riesgo que los hacen vulnerables a la conducta suicida: barreras idiomáticas, separación de la familia, falta de información sobre el sistema y la red sociosanitaria, pérdida de la red social y aculturación, entre otras.⁵¹</p> <p>Los factores de riesgo varían según los grupos de migrantes, de manera que puede ser más eficaz hacer intervenciones adaptadas a grupos culturales específicos en lugar de tratar a todos los migrantes como si fueran iguales.^{22, 52} La vigilancia continua y la combinación de múltiples intervenciones que aborden los factores individuales y contextuales son importantes para reducir de manera efectiva e integral el suicidio entre los refugiados y los migrantes.⁵³ Factores individuales como aprender a hablar el idioma del país de acogida, una actitud positiva hacia la cultura del nuevo país, tener recursos sociales, apoyo de la familia y de la comunidad étnica, etc., pueden servir como factores protectores.⁵⁴</p> <p>La Cruz Roja en las Islas Baleares —por medio del servicio de atención psicológica del Programa de Acogida e Integración de Personas Solicitantes de Protección Internacional del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones— ha creado un protocolo de actuación para los casos de riesgo suicida.</p> <p>Además, el Servicio de Salud de las Islas Baleares cuenta con el servicio de mediación intercultural, cuyo objetivo es contribuir a la integración de la población migrante en la vida comunitaria —concretamente en el sistema sanitario— facilitando la comunicación con los profesionales sanitarios para mejorar el diagnóstico, el tratamiento, el cumplimiento terapéutico y la prevención de los problemas de salud. Este servicio, además, busca mejorar la accesibilidad de la población migrante a los servicios públicos de salud y contribuir a mejorar la coordinación en la relación asistencial de los migrantes entre la atención primaria y la atención hospitalaria.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de acciones llevadas a cabo. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones y porcentaje sobre el total. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. 			

Medida 16 Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en menores víctimas de malos tratos, abandono o abusos

Dimensión	Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Menores víctimas de malos tratos, abandono o abusos			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en menores víctimas de malos tratos, abandono o abusos			
Justificación	<p>La comorbilidad de las personas que han sufrido abusos sexuales y físicos (violencia física, abuso sexual o maltrato emocional, falta de cuidado, maltrato, violencia familiar), concretamente los producidos durante la infancia, contribuye a aumentar el riesgo de suicidio.⁵⁵ Los efectos de estos factores adversos presentes en la infancia tienden a estar interrelacionados y correlacionados y a actuar acumulativamente, lo cual aumenta el riesgo de padecer trastornos mentales y, a largo plazo, el riesgo de suicidio.^{22, 56} Por lo tanto, son fundamentales la identificación precoz de este tipo de situaciones y el abordaje correcto, que debe ir acompañado de la evaluación de los menores y de la derivación y la atención a cargo de equipos especializados que garanticen un abordaje e una intervención adecuados.</p> <p>El Consejo Insular de Mallorca dispone de un protocolo para el abordaje de la ideación suicida y la intervención en crisis, y cuenta con un recurso de intervención psicoterapéutica especializado para tratar los aspectos psicológicos, emocionales, conductuales y sociales que pueden presentar los menores que han sufrido negligencia, maltrato, abuso y/o abandono, que incluye un protocolo de actuación en caso de conductas autolíticas, autolesiones e ideación suicida.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de acciones llevadas a cabo. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones y porcentaje sobre el total. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. ▫ Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales. 			

Medida 17 Incorporar la diversidad afectivo-sexual y de género en las acciones de prevención de la conducta suicida y de atención a personas en riesgo

Dimensión	Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Personas LGTBIQ+			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Incorporar la diversidad afectivo-sexual y de género en las acciones de prevención de la conducta suicida y de atención a personas en riesgo			
Justificación	<p>Las personas del colectivo LGTBIQ+ pueden estar expuestas a algunos factores de riesgo que las hacen vulnerables a la conducta suicida. Muchas experimentan estigma, discriminación, rechazo, aislamiento social y estrés por ocultar su orientación sexual y la identidad de género, o por cambiar de comportamiento para sentirse seguras y aceptadas.^{55, 57}</p> <p>Por ende, los esfuerzos para reducir el riesgo de suicidio de las personas de este colectivo deben centrarse en abordar factores de riesgo tales como trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas, estigma, prejuicios y discriminación individual e institucional.^{22, 58}</p> <p>En las Islas Baleares hay una asociación de jóvenes LGTBIQ+ (Ben Amics) que es especialmente sensible a la problemática suicida. Entre otras actividades, ha llevado a cabo una investigación sobre el riesgo de suicidio entre personas de ese colectivo. El estudio, publicado en junio de 2020, recogió que el 62,4 % de una muestra de 94 personas reconocía haber pensado en suicidarse alguna vez, y el 73 % de las personas que habían sufrido LGTBI-fobia han pensado en suicidarse. Las mujeres trans*, los hombres trans* y las personas con identidad no binaria presentan unos porcentajes de ideación suicida más altos, del 100 %, el 88,9 % y el 81,8 %, respectivamente.⁵⁹ Además, esta asociación echa en falta un mayor acompañamiento a familiares y allegados, un mayor seguimiento de los casos, un mayor trabajo en red, una mayor sensibilización social y profesional, una mayor desestigmatización y despatologización de la conducta suicida y un trabajo entre iguales que estén en situación de riesgo.</p> <p>En este sentido, en las Islas Baleares se desarrollan algunas iniciativas para este colectivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ El Servicio de Salud de las Islas Baleares cuenta con un psicólogo a tiempo completo en la Unidad de Identidad de Género. ▫ El COPIB organiza sesiones de sensibilización utilizando cortometrajes y sesiones de debate en mesas redondas («Suicidi i adolescents LGTBI», en septiembre de 2018). ▫ Chrysallis, Asociación de Familias de Menores Transexuales, que tiene representación en las Islas Baleares, está adherida a la iniciativa Papageno para mejorar la atención del colectivo de menores transexuales. En su web publica noticias para sensibilizar sobre la conducta suicida. ▫ La Consejería de Educación y Formación Profesional ha elaborado un protocolo de detección, comunicación y actuaciones para alumnos transexuales y transgénero en los centros educativos de las Islas Baleares, que tiene como finalidad ofrecer pautas que faciliten una respuesta educativa adecuada por medio de un proceso de acompañamiento, sensibilización en el centro educativo y asesoramiento al menor, a su familia, a los profesores y, en su caso, al resto de la comunidad educativa. 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4

Indicadores	<ul style="list-style-type: none">▫ Número de personas LGTBIQ+ atendidas por riesgo de suicidio.▫ Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo suicida en el colectivo LGTBIQ+.▫ Número de personas, desagregado por géneros, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total.▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo.▫ Número de derivaciones llevadas a cabo según el servicio y la necesidad.
-------------	--

Medida 18 Mejorar la prevención de la conducta suicida en personas con adicciones

Dimensión	Individuo
Agente, objeto o sujeto de prevención	Personas con adicciones
Nivel de prevención	Selectiva
Medida	Mejorar la prevención de la conducta suicida en personas con adicciones
Justificación	<p>Las personas con adicciones están expuestas a factores de riesgo que las hacen más susceptibles a la conducta suicida. Además de los efectos fisiológicos del abuso de sustancias, los múltiples factores estresantes que a menudo acompañan a las adicciones pueden aumentar el riesgo de suicidio, por lo cual también se convierte en un factor precipitante.^{55, 60} El aislamiento social, la pérdida del empleo, las dificultades financieras, las enfermedades físicas y la falta de redes sociales pueden hacer que una persona drogodependiente se sienta desesperada y sola, lo cual aumenta el riesgo de suicidio y el número de sobredosis.⁶¹ Por otra parte, el consumo de drogas y el sexo están muy relacionados: los hombres suelen utilizar más drogas ilegales y consumir más dosis, por lo que pueden presentar más riesgo de conducta suicida; las mujeres jóvenes consumen casi tanto como los hombres, pero cuando son más mayores abandonan el consumo a causa del estigma social, la maternidad, etc.</p> <p>Actualmente, diversas instituciones desarrollan algunas experiencias con personas con adicciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ La Cruz Roja en las Islas Baleares ha impartido talleres sobre la prevención del suicidio a usuarios de la Unidad Móvil de Dispensación de Metadona (proyecto Metabús). ▫ El IMAS imparte sesiones informativas para la prevención de suicidio en sus actuaciones de atención a la drogodependencia. ▫ La Coordinación Autonómica de Drogas lleva a cabo intervenciones en la población general en el ámbito educativo para la prevención de las adicciones por medio de programas de prevención generales para cualquier tipo de adicción y otros más específicos para determinadas adicciones (por ejemplo, Respir@ire, sobre la prevención del tabaquismo, y THC, sobre la prevención del consumo de cannabis). También tiene previsto desarrollar una herramienta para trabajar la prevención del uso de tecnologías digitales, en la que, además de los jóvenes, también intervenga activamente su familia. Dichos programas también se destinan a grupos de jóvenes en contextos de ocio si lo solicitan (<i>casals</i> municipales, grupos de <i>esplai</i>, etc.). ▫ En las Islas Baleares hay una red de asistencia formada por trece unidades de conductas adictivas (UCA), a la que recientemente se ha incorporado el Hospital de Día de Patología Dual de Eivissa y una consulta de adicciones en Formentera, coordinados todos por la Coordinación Autonómica de Drogas. Una de estas UCA atiende específicamente a jóvenes de menos de veintiún años de Mallorca. ▫ El Observatorio del Suicidio ha organizado una formación muy completa y por especialidades profesionales dirigida a todas las UCA y al Hospital de Día de Patología Dual de Eivissa, mediante la Coordinación Autonómica de Drogas, con el objetivo de dotar de herramientas y conocimientos a sus profesionales para el abordaje y el tratamiento adecuados de la conducta suicida. ▫ Para prevenir y atender los problemas generados por las adicciones y darles respuesta, Projecte Home Balears desarrolla investigación y programas de prevención y terapia que ofrecen una alternativa eficaz y adaptada a las personas afectadas por una adicción y a su entorno familiar, a fin de conseguir su autonomía y crecimiento personal y su integración sociolaboral adecuada.

Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de personas con adicciones que han sido atendidas por riesgo de suicidio. ▫ Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo suicida en personas con adicciones. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. ▫ Número de derivaciones llevadas a cabo según el servicio necesario. 			

Medida 19 Reducir y prevenir el consumo inadecuado de alcohol en personas con factores de riesgo suicida

Dimensión	Individuo
Agente, objeto o sujeto de prevención	Personas con consumo inadecuado de alcohol
Nivel de prevención	Universal
Medida	Reducir y prevenir el consumo inadecuado de alcohol en personas con factores de riesgo suicida
Justificación	<p>El consumo nocivo del alcohol causa cada año tres millones de muertes, una proporción considerable de las cuales corresponde a personas de 15 a 29 años.⁶² El concepto de <i>uso nocivo del alcohol</i> abarca el consumo de alcohol que provoca efectos en la salud (intoxicación y dependencia) y sociales perjudiciales para el bebedor, para las personas de su entorno y para la sociedad en general.⁶²</p> <p>Existe relación entre el consumo inadecuado de alcohol y el riesgo de suicidio, pues el 22 % de las muertes por suicidio puede atribuirse al uso nocivo del alcohol.²¹⁰ El riesgo de suicidio aumenta si el uso nocivo del alcohol va acompañado de otros trastornos psiquiátricos; se calcula que el riesgo es del 7 % entre las personas con dependencia del alcohol.⁶³ Por otra parte, el consumo de alcohol y el sexo están muy relacionados: los hombres suelen consumir alcohol en entornos públicos porque no suele ser mal visto; por el contrario, las mujeres con adicción al alcohol pueden sufrir más estigma social y aislamiento, por lo que suelen consumirlo en entornos privados.</p> <p>Las medidas deben estar encaminadas a reducir el consumo de alcohol y disminuir su dependencia ayudando a las personas a identificar las circunstancias que lo motivan y a encontrar un estímulo para abandonar el consumo inadecuado. Algunas de estas estrategias deben estar encaminadas a lograr mayor concienciación del riesgo en colectivos más vulnerables (personas jóvenes y mayores, personas con trastornos mentales, etc.) y de las consecuencias negativas de hacer un consumo abusivo del alcohol por medio de actividades de promoción de la salud o campañas en los medios de comunicación, o mediante los profesionales de la salud.⁶⁴ En este sentido, se desarrollan diversas iniciativas y se dispone de varios recursos de diferentes entidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ El Plan de Adicciones y Drogodependencias de las Islas Baleares (PADIB) tiene dos programas: a) el programa «Bon dia Salut», que pretende contribuir a la formación de hábitos, actitudes y comportamientos saludables en el marco de la educación para la salud, y b) el programa «Decideix», que pretende enseñar a identificar las situaciones en que se toman decisiones sobre el uso de drogas legales e ilegales y a utilizar los conocimientos para tomar la decisión adecuada cuando se está en estas situaciones. ▫ En las Islas Baleares hay una red de asistencia formada por trece unidades de conductas adictivas (UCA), a la que recientemente se ha incorporado el Hospital de Día de Patología Dual de Eivissa y una consulta de adicciones en Formentera, centralizados todos por la Coordinación Autonómica de Drogas. Una de estas UCA atiende específicamente a jóvenes de menos de veintiún años de Mallorca. ▫ El Servicio de Salud de las Islas Baleares dispone de la Unidad de Patologías Relacionadas con el Alcohol (UPRA), una unidad de desintoxicación hospitalaria de alcohol ubicada en el Hospital Psiquiátrico. ▫ En los consejos insulares de Mallorca, Ibiza y Menorca se han desarrollado programas sobre adolescentes en riesgo, sobre asesoramiento y orientación familiar, la escuela para padres y madres, intervenciones con alumnos de educación primaria y secundaria, y un centro de documentación y orientación profesionales. ▫ El Ayuntamiento de Ciutadella ha elaborado una unidad didáctica sobre las fiestas de Sant Joan para priorizar el tema del abuso del alcohol. ▫ Asociaciones diversas: Asociación Balear de Ex Alcohólicos, Asociación Las Ovejas de Mica, Alcohólicos Anónimos, Fundació Social La Sapiència, Projecte Home.

Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de personas atendidas por riesgo de suicidio con consumo inadecuado de alcohol. ▫ Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el consumo de alcohol como factor de riesgo de la conducta suicida. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. ▫ Número de derivaciones llevadas a cabo según el servicio y la necesidad. 			

Medida 20 Aumentar la sensibilización y la atención a miembros de las fuerzas y los cuerpos de seguridad en posible situación de riesgo suicida

Dimensión	Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Miembros de las fuerzas y los cuerpos de seguridad			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Aumentar la sensibilización y la atención a miembros de las fuerzas y los cuerpos de seguridad en posible situación de riesgo suicida			
Justificación	<p>El Cuerpo Nacional de Policía, la Guardia Civil y las policías locales son grupos de riesgo suicida. A falta de estudios científicos que lo demuestren fehacientemente en la realidad española, los datos de estudios disponibles sobre la mortalidad por suicidio entre personas de estos colectivos demuestran que es mayor que en la población general.⁶⁵ Algunos factores estresantes y ambientales a los que pueden estar expuestos en ciertas situaciones de riesgo en el ejercicio de su trabajo, unidos a estilos inapropiados de afrontamiento, pueden desencadenar factores de riesgo y precipitantes, como estrés postraumático, agotamiento y estrés laboral.⁶⁶</p> <p>Parece que en los estados donde se ha implantado la prevención del suicidio en estos colectivos ha habido un impacto favorable en la desestigmatización y en el conocimiento de la conducta suicida entre los oficiales.⁶⁷ Las estrategias de intervención se han centrado en la evaluación psicológica de incidentes traumáticos y en estrategias para combatir el estrés laboral de forma apropiada.⁶⁸</p> <p>Actualmente se desarrollan algunas experiencias en este sentido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ El Cuerpo Nacional de Policía ha diseñado un plan de promoción de la salud mental y de prevención de la conducta suicida, que está en fase de revisión y aprobación. ▫ La Policía Local de Palma ha participado junto con el COPIB en una mesa redonda sobre el abordaje de la conducta suicida en los cuerpos de seguridad. También ha difundido un folleto sobre prevención del suicidio de la Plataforma Zero Suicidio Policial. ▫ La Dirección General de Policía organiza charlas informativas («Otra forma de vivir la jubilación») en las jefaturas de la Policía Nacional dirigidas a todos los policías que se jubilan cada año. ▫ Ángeles de Azul y Verde presta colaboración en casos de retirada de armas de efectivos en activo comunicando esta necesidad a las diferentes jefaturas o haciendo un acompañamiento del policía en la entrega. Esta asociación también difunde en sus redes sociales información, recomendaciones y recursos de ayuda para el bienestar psicológico de los miembros de las fuerzas y los cuerpos de seguridad que lo necesiten. 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Puesta en marcha y difusión del plan de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida en el Cuerpo Nacional de Policía. ▫ Elaboración y difusión de un protocolo de prevención del suicidio en las policías locales de las Islas Baleares. ▫ Número de actividades (in)formativas y de sensibilización realizadas en las fuerzas y los cuerpos de seguridad (entre agentes, mandos, sindicatos, etc.) por medio de cursos, charlas, redes sociales, páginas web, medios de comunicación, documentación divulgativa, campañas, etc. 			

Medida 21 Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en víctimas de violencia de género

Dimensión	Individuo
Agente, objeto o sujeto de prevención	Víctimas de violencia de género
Nivel de prevención	Selectiva
Medida	Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en víctimas de violencia de género
Justificación	<p>Las víctimas de violencia de género están expuestas a situaciones de trauma y abuso (físico y psicoemocional) que les hacen tener un riesgo más alto de suicidio.</p> <p>La violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual, infligida frecuentemente por la pareja está asociada al aumento de los intentos de suicidio y del riesgo de suicidio.⁶⁸ En el ámbito mundial, el 35 % de las mujeres han experimentado violencia física o sexual por parte de un compañero íntimo o violencia sexual infligida por alguien que no era su pareja.^{68,69} Las mujeres expuestas a la violencia en la pareja tienen cinco veces más probabilidades de intentar suicidarse que las que no están expuestas a esta violencia.⁶⁸ En España, un estudio de 2005 apuntaba que el 63 % de las mujeres alojadas en centros de acogida habían intentado quitarse la vida, que el 80 % lo había pensado en alguna ocasión, que el 73 % de las mujeres que quería morir tenían hijas y/o hijos, que el método más utilizado para el intento de suicidio fue la ingesta de pastillas y que el 69 % de las mujeres que atentó contra su vida había sido víctima de maltrato físico y psicológico.⁷⁰ Hay que tener en cuenta también al maltratador, ya que en España se ha encontrado una asociación entre el agresor y el riesgo de suicidio: el 21,9 % de los agresores hicieron un intento de suicidio y el 16,4 % lo consumaron tras asesinar a su pareja.⁷¹</p> <p>Por lo tanto, es fundamental tener en cuenta el riesgo de suicidio que sufren las víctimas de violencia de género y aumentar las medidas de prevención incidiendo en la sensibilización y la búsqueda de ayuda; además, hay que disponer de protocolos que permitan la detección precoz del riesgo en los servicios de emergencias, sociales y sanitarios, o introducirlos en los protocolos de atención disponibles, para facilitar también la derivación a servicios especializados en los casos en que sea necesario.</p> <p>En las Islas Baleares existe un protocolo interinstitucional de detección, prevención y atención de la violencia machista y para los casos de ataque sexual que establece los criterios de actuación, los sistemas de coordinación y la articulación de recursos para introducir pautas de actuación homogéneas. Este protocolo identifica las tentativas suicidas como un indicador de riesgo y la muerte por suicidio como una consecuencia negativa de la violencia.</p> <p>Asimismo, existe un protocolo de actuación sanitaria contra la violencia machista para aportar conocimientos, unificar criterios y ofrecer orientaciones y recursos en casos de violencia machista contra las profesionales de la salud. En este protocolo se incluyen las amenazas o los intentos de suicidio como indicadores de peligro, y en el plan de actuación se incluye el registro en la historia clínica de tentativas, que pueden servir como prueba en un proceso judicial. En el ámbito de la salud mental se recomienda hacer una valoración sistemática del riesgo de suicidio valorando los signos de alarma.</p> <p>Además, existe el Instituto Balear de la Mujer, algunas de cuyas funciones son crear, fomentar y coordinar la prestación de servicios a favor de la mujer, preferentemente los dirigidos a las que tengan especial necesidad de ayuda, y promover campañas de sensibilización, promoción y difusión para informar a los ciudadanos sobre los problemas de la mujer.</p>

Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de personas que han sufrido o sufren violencia de género atendidas por riesgo de suicidio. ▫ Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo de suicidio en personas que han sufrido o sufren violencia de género. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. ▫ Número de derivaciones llevadas a cabo según el servicio y la necesidad. 			

Medida 22 Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en personas con alguna discapacidad

Dimensión	Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Personas alguna discapacidad			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en personas con alguna discapacidad			
Justificación	<p>Las personas con alguna discapacidad son vulnerables a factores físicos, sociales y económicos asociados al riesgo de suicidio, y ciertos factores contribuyen a aumentarlo: pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico, victimización, acoso y abuso, etc.^{72, 73} La discapacidad puede tener consecuencias físicas y sociales a largo plazo, como la pérdida de autonomía y el aislamiento, que pueden derivar en trastornos mentales como la depresión.⁷⁴</p> <p>Por lo tanto, es necesario establecer acciones específicas para la detección y el abordaje y hacer un mayor esfuerzo para prevenir el suicidio y crear conciencia sobre el riesgo de suicidio de las personas con alguna discapacidad. Es importante aumentar la participación de los miembros de la familia y de las asociaciones o instituciones de personas con alguna discapacidad para dotarlos de recursos para abordar mejor la conducta suicida (por ejemplo, protocolos de valoración, mejorar la coordinación y el apoyo con los dispositivos de salud mental, intervenciones específicas para familiares y personas con alguna discapacidad...).</p> <p>En 2018, en las Islas Baleares había 52.126 personas que, una vez valoradas, estaban consideradas como personas con alguna discapacidad. Por islas, 41.974 vivían en Mallorca; 4.453 en Menorca; 5.449 en Ibiza y 159 en Formentera. Además, en cuanto al grado de discapacidad, 30.688 personas tenían un grado entre el 33 % y el 64 % y 21.473 tenían un grado del 65 % o mayor.</p> <p>En este sentido, actualmente el IBSMIA está creando una web para jóvenes y familiares para la promoción de la salud mental y atiende a menores de veintitún años con alguna discapacidad directamente en los centros formativos de educación especial.</p> <p>Aproscm Fundació ha elaborado unos vídeos para abordar y gestionar correctamente las emociones cuando una persona con alguna discapacidad atraviesa una situación nueva o difícil (trabajo, economía, estabilidad emocional, relaciones familiares, seguridad, salud, etc.).</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Medidas puestas en marcha para la prevención del suicidio en personas con alguna discapacidad. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo de suicidio en personas con discapacidad. ▫ Número de personas con alguna discapacidad atendidas por riesgo de suicidio. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. ▫ Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales.. 			

Supervivientes

Medida 23 Apoyar el asociacionismo de supervivientes al suicidio de un ser querido

Dimensión	Individuo		
Agente, objeto o sujeto de prevención	Supervivientes		
Nivel de prevención	Posvención		
Medida	Apoyar el asociacionismo de supervivientes al suicidio de un ser querido.		
Justificación	<p>El asociacionismo de supervivientes desempeña al menos dos funciones fundamentales: una, la atención de los supervivientes en el duelo por el suicidio de un ser querido y, otra, la sensibilización y la concienciación de la población y de los profesionales, aspecto clave en la prevención de la conducta suicida.</p> <p>Las asociaciones que existen actualmente en Islas Baleares (y seguramente las que pueda haber en el futuro) recurren al activismo voluntario para llevar a cabo las acciones que programan, pero no disponen de ningún tipo de ayuda institucional que las apoyen. Estas organizaciones requieren un soporte físico, logístico y económico que pueda sustentar y desarrollar su actividad, que es difícil conseguir de manera privada, por lo que la colaboración de las instituciones públicas es vital.</p> <p>Esta colaboración puede tomar diferentes formas: cesión de locales, mantenimiento de gastos corrientes, subvenciones para actividades de ayuda a los supervivientes y de sensibilización social, incorporación de supervivientes en la formación de profesionales, etc.</p> <p>Se han desarrollado algunas iniciativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Convenio de colaboración entre Estel de Llevant y la AFASIB para la cesión de espacios para atender a los familiares de la comarca de Llevant (Mallorca). ▫ La Cruz Roja en las Islas Baleares ha implementado un convenio de colaboración con la AFASIB para la intervención de los casos de duelo por suicidio que se detectan. ▫ Trabajo estrecho entre la AFASIB, la OSMIB y el Observatorio del Suicidio para apoyar la atención a los supervivientes. ▫ En el Hospital Mateu Orfila (Área de Salud de Menorca) se ha desarrollado una sesión de presentación de la AFASIB. 		
Prioridad	Alta		Media/baja
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo
Orden de despliegue	1	2	3
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de acciones para fomentar y/o apoyar el asociacionismo de supervivientes. ▫ Número de personas supervivientes, desagregado por sexos, quienes las asociaciones dan apoyo. 		

Medida 24 Fomentar los grupos de ayuda mutua entre supervivientes al suicidio de un ser querido

Dimensión	Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Supervivientes			
Nivel de prevención	Posvención			
Medida	Fomentar los grupos de ayuda mutua entre supervivientes al suicidio de un ser querido			
Justificación	<p>Aunque existen algunos grupos de ayuda mutua en Mallorca y en Menorca al amparo de la AFASIB, es importante fomentar más este tipo de recursos. La evidencia científica sugiere que los grupos de apoyo mutuo son un medio poderoso y constructivo para que las personas se ayuden a sí mismas y entre sí, y contribuyen significativamente a obtener resultados positivos para las personas que participan en ellos.⁷⁵</p> <p>En el caso de supervivientes al suicidio, la participación en estos grupos puede proporcionar la oportunidad de estar con otras personas que realmente les entienden, porque han vivido la misma experiencia, e intercambiar fortaleza y comprensión dentro del grupo.⁷⁵</p> <p>El grupo puede también asumir un papel educativo suministrando información sobre el proceso doloroso, los hechos relacionados con el suicidio y los roles de diversos profesionales de la salud, y proporcionando un enfoque positivo para hacer posible que las personas retomen el control de su vida. El apoyo de un grupo puede disolver gradualmente los sentimientos de desesperanza y facilitar los medios con los que retomar el control de su vida.⁷⁵</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de acciones para fomentar y/o apoyar grupos de ayuda mutua entre supervivientes. ▫ Número de personas supervivientes, desagregado por sexos, que asisten a los grupos de ayuda mutua. 			

Medida 25 Garantizar un apoyo específico y una respuesta adecuada a los supervivientes

Dimensión	Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Supervivientes			
Nivel de prevención	Posvención			
Medida	Garantizar un apoyo específico y una respuesta adecuada a los supervivientes			
Justificación	<p>El impacto del suicidio puede ser profundo y a veces devastador para los supervivientes. Las estimaciones sugieren que al menos entre cinco a seis miembros de la familia son afectados directamente y entre treinta y sesenta personas pueden resultar afectadas si se considera con amplitud la red social de toda persona.⁷⁶</p> <p>Todo superviviente de un suicidio ha de recibir atención y apoyo específico desde el primer momento, pues la exposición al suicidio y un afrontamiento inadecuado conllevan riesgos de culpa, depresión, dolor, aislamiento social y, en algunos casos más graves, síntomas psiquiátricos, que hacen que un superviviente pueda generar factores de riesgo ante la conducta suicida.⁷⁷</p> <p>Pero muchas personas que han sufrido un suicidio de un ser querido experimentan dificultades para movilizarse para buscar ayuda, saber dónde encontrar servicios en su comunidad y saber cómo hacer frente cuando los servicios son inadecuados para satisfacer sus diversas y complicadas necesidades. Por eso, ayudar a las personas que han sufrido un suicidio es una forma directa de prevenir el suicidio.⁷⁷</p> <p>En este sentido, las iniciativas para apoyar a los supervivientes del suicidio se han intensificado significativamente en las Islas Baleares:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Las personas (y/o los familiares de primer grado) que han sufrido una situación traumática grave (homicidio, feminicidio, suicidio, catástrofe, accidente traumático con resultado de muerte, desaparición), con especial incidencia cuando están involucrados menores, en la que previamente ha intervenido el 112 y en la que se requiere atención psicológica, son asistidas por una entidad externa (actualmente el COPIB) gracias a un convenio entre el 112 y la Consejería de Asuntos Sociales y Deportes. También atiende a profesionales de los diferentes sistemas de atención que han padecido una situación traumática grave. ▫ La AFASIB ofrece un servicio de asesoramiento para familiares en duelo por suicidio. ▫ Ángeles de Azul y Verde cuenta con especialistas en duelo que se ponen al servicio de las familias, los amigos o los compañeros supervivientes. ▫ Por medio del programa APS del Sector Sanitario de Tramuntana (Área de Salud de Mallorca) incluye apoyo individual a supervivientes: se presta atención a supervivientes que llegan de manera puntual y se les informa sobre la AFASIB. ▫ El HUSE colabora con la AFASIB para la derivación de personas, prestación gestionada por una psicóloga de interconsultas. ▫ 3 Salut Mental deriva a la AFASIB la intervención a familiares de duelo por suicidio y está desarrollando un protocolo interno de actuación en caso de detección de riesgo inminente. 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de centros que llevan a cabo intervenciones específicas para supervivientes al suicidio y porcentaje sobre el total. ▫ Número de supervivientes atendidos, desagregado por sexos. 			

Medida 26 Implantar técnicas de *defusing* y *debriefing* entre profesionales supervivientes al suicidio

Dimensión	Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Supervivientes			
Nivel de prevención	Posvención			
Medida	Implantar técnicas de <i>defusing</i> y <i>debriefing</i> entre profesionales supervivientes al suicidio			
Justificación	<p>Los profesionales expuestos a sucesos traumáticos como el suicidio pueden sufrir un estrés grave que puede dar lugar a un conjunto de síntomas disociativos y ansioso-depresivos que incluyen una amplia gama de emociones (miedo intenso, rabia, negación, dolor y, en algunos casos, depresión y problemas en las relaciones interpersonales y profesionales).⁷⁸ El trauma generado por este acontecimiento puede interferir negativamente en la calidad de vida de la persona y afectarla en su vida cotidiana y profesional.⁷⁹</p> <p>Las técnicas de intervención como el <i>defusing</i> y el <i>debriefing</i> tienen como objetivo ayudar a disminuir los efectos y las emociones negativas y a detectar posibles profesionales que requieran una intervención especializada posterior. El <i>defusing</i> consiste en una sesión informal, aunque semiestructurada, que se lleva a cabo tan pronto como es posible después del incidente crítico o en las primeras 24 horas. Es conducida en una atmósfera de apoyo mutuo, en la que los participantes describen sus sentimientos y las reacciones al suceso. Se desarrollan estrategias de resolución de problemas para que la productividad del trabajo no disminuya o se deteriore.⁸⁰ El <i>debriefing</i> es generalmente una intervención grupal altamente estructurada que generalmente se lleva a cabo después de un acontecimiento crítico con el propósito de tratar los residuos emocionales (sentimientos y reacciones) que los intervinientes puedan tener por un acto como el suicidio.⁸⁰</p> <p>Este tipo de técnicas es muy útil para hacer un seguimiento de los profesionales que han atendido una tentativa de suicidio o un suicidio optimizando los tiempos en que se llevan a cabo, que es considerado prioritario por los profesionales que hacen la primera intervención (Policía Nacional, bomberos, Guardia Civil, 061 y otros profesionales sanitarios). Sería fundamental crear un marco reglado dentro de las instituciones u organismos de cuidado y atención de los sanitarios y de los primeros intervinientes que asisten a personas en riesgo de suicidio —especialmente en los rescates fallidos— que facilite el desahogo emocional y la elaboración de sentimientos y reacciones a este suceso traumático como un mecanismo de prevención precoz. Las intervenciones de <i>debriefing</i> podrían involucrar diferentes agentes implicados en la atención de un intento de suicidio o un suicidio (sanitarios, policía, bomberos, etc.) para hacer un análisis más exhaustivo de los casos e identificar posibles elementos de mejora.</p> <p>Los Bomberos de Palma y la Policía Nacional, por ejemplo, hacen <i>defusing</i>, el cual debería hacerse lo más pronto posible para evitar pasar por alto muchos detalles que podrían ayudarlos a mejorar en intervenciones futuras. En el ámbito asistencial, 3 Salut Mental —en colaboración con la AFASIB— ofrece charlas a los profesionales afectados de cada organización para facilitar información específica y apoyo emocional.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> Número de centros y servicios que llevan a cabo actividades de <i>defusing</i> y <i>debriefing</i> y porcentaje sobre el total. Número de profesionales participantes en actividades de <i>defusing</i> y <i>debriefing</i> y porcentaje sobre el total. 			

Sistemas de atención

Sistema de vigilancia, investigación y alerta epidemiológica

Medida 27 Crear un registro y un mapa de suicidios en las Islas Baleares

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema de vigilancia, investigación y alerta epidemiológica			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Crear un registro y un mapa de suicidios en las Islas Baleares			
Justificación	<p>Por diferentes motivos (entre ellos, la protección de los datos personales), se dispone de muy poca información sobre variables de gran interés de las defunciones por suicidio. Las variables que se incluyen actualmente en las autopsias con intervención judicial son muy limitadas.</p> <p>La incorporación de nuevas variables (a efectos exclusivamente de investigación, no administrativos ni judiciales), desagregadas por sexos para hacer posteriormente un análisis de género teniendo en cuenta todos los factores que puedan influir en su aparición (trabajo remunerado, miembros de la familia, aislamiento social, migración, edad, clase social, etc.), tendría un gran valor para conocer y prevenir la conducta suicida en las Islas Baleares. Es necesario, pues, mejorar la codificación de las muertes por suicidio más allá de la información registrada en los boletines judiciales de defunción y en otros instrumentos de registro actuales, y la tramitación administrativa a efectos estadísticos. La comunicación y la coordinación entre forenses con los codificadores y con el sistema sanitario son fundamentales para avanzar en el registro y el análisis de esta información.</p> <p>El acceso de los médicos forenses a la historia clínica es fundamental también para recoger estos datos de forma adecuada. Aunque existen experiencias de coordinación entre el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y las unidades de salud mental (concretamente la del HUSE), están en la fase inicial y pendientes de aprobación. Recientemente se han introducido cambios importantes en la recogida de datos judiciales sobre defunciones —por ejemplo, desde 2019 el Instituto de Medicina Legal cumplimenta un formulario específico facilitado por el Instituto Nacional de Estadística para notificar las causas de muerte—, lo cual puede facilitar mucho la mejora en la recogida de información, en la fiabilidad de los datos y en las posibilidades de explotarlos. Este Plan pretende aprovechar la oportunidad de futuro que todo ello supone para la investigación epidemiológica de las muertes por suicidio en las Islas Baleares.</p> <p>Por otra parte, los mapas de suicidios permiten identificar y conocer el perfil de los métodos utilizados y las zonas de riesgo, a partir de lo cual se pueden emprender acciones preventivas y disuasorias.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4

Indicadores	<ul style="list-style-type: none">▫ Creación de un registro de suicidios en las Islas Baleares.▫ Número anual de suicidios registrados (total y por islas)▫ Porcentaje de suicidios registrados sobre el total.▫ Tasa de suicidios (total y por islas).▫ Elaboración del mapa de suicidios.▫ Informe con conclusiones y recomendaciones.▫ Número de lugares de riesgo alto identificados.
-------------	---

Medida 28 Crear un registro de tentativas de suicidio en las Islas Baleares

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema de vigilancia, investigación y alerta epidemiológica			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Crear un registro de tentativas de suicidio en las Islas Baleares			
Justificación	<p>Conocer las tentativas de suicidio es imprescindible para mejorar el conocimiento epidemiológico y para prevenir la conducta suicida. Actualmente es difícil conocer su verdadera magnitud, lo cual no hace posible hacer un seguimiento correcto ni observar su evolución, pues muchos casos no se tipifican fielmente (sino como accidentes) a causa de muchos factores, como el tabú que todavía está presente en la sociedad.</p> <p>Sin embargo, el desarrollo de sistemas de vigilancia y registro de los intentos de suicidio permite identificar a personas que presentan actos repetidos y factores de riesgo asociados a esta repetición. Los intentos de suicidio y las autolesiones están asociados a niveles altos de morbilidad y mortalidad por suicidio. Los intentos no consumados son el factor de riesgo individual más importante, pues por cada persona que se suicida hay otras veinte tentativas; por ello debería ser una prioridad mantener la vigilancia.⁸¹ Es importante que este registro se desagregue por sexos para hacer posteriormente un análisis de género teniendo en cuenta todos los factores que puedan influir en la aparición (trabajo remunerado, miembros de la familia, aislamiento social, migración, edad, clase social, etc.).</p> <p>En las Islas Baleares ya se elaboran registros sobre tentativas, vinculados a bases de datos de las instituciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ La Asociación Gira-sol y la Asociación Intress pusieron en marcha conjuntamente una iniciativa para recoger el número de intentos autolíticos y la manifestación de pensamiento suicida, aunque no se mantuvo en el tiempo. ▫ La Policía Local de Palma no disponía de datos específicos de suicidio o tentativa hasta finales de 2018 (se incluían en otro tipo de siniestros). Solo durante los meses de enero y febrero de 2020 atendió dieciocho intentos de suicidio en Palma. ▫ La Policía Nacional dispone de un registro de tentativas: según sus datos, en 2018 hubo 151 tentativas, 23 de ellas consumadas, y en 2019 fueron 160 tentativas, 41 de ellas consumadas. ▫ Los Bomberos de Palma tipifican estos casos como «salvamento» o «apertura de puerta», entre otros. Desde inicios de 2020 han actuado en dos tentativas. Pero se considera fundamental apuntar en la descripción si ha habido tentativa o si se trata de un suicidio. ▫ Teléfono de la Esperanza dispone de una herramienta de registro (LLAMATEL) de la que se puede extraer información sobre la tentativa suicida a partir de las llamadas que recibe. ▫ El 061 y el 112 disponen de un registro de este tipo de casos. 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Creación del registro de tentativas en las Islas Baleares. ▫ Número anual de tentativas registradas (total, por servicio y por islas). ▫ Porcentaje anual de tentativas registradas respecto de las esperadas (literatura) (total y por servicio). 			

Medida 29 Incluir y analizar el riesgo suicida en la Encuesta de Salud de las Islas Baleares

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema de vigilancia, investigación y alerta epidemiológica			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Incluir y analizar el riesgo suicida en la Encuesta de Salud de las Islas Baleares			
Justificación	<p>Las encuestas de salud son una herramienta de vigilancia epidemiológica y constituyen un elemento esencial para la toma de decisiones en la planificación de la salud.⁸² Proporcionan conocimiento sobre la situación epidemiológica, las tendencias de la salud percibida, los hábitos de vida y el uso de los servicios desde el punto de vista del ciudadano, a fin de identificar los principales grupos de riesgo.</p> <p>En el caso de la conducta suicida, no solo es importante conocer los factores de riesgo en los suicidios consumados, sino que es fundamental conocer el riesgo suicida por medio de la morbilidad declarada de la ideación y de los intentos suicidas por la población balear, desagregada por sexos para hacer posteriormente un análisis de género, y determinar así los posibles factores y las variables que pueden influir en la aparición.</p> <p>Actualmente, la Encuesta de Salud de las Islas Baleares no recoge este dato aunque se considere de alto valor epidemiológico y preventivo. La última encuesta publicada data de 2007⁸³ y en ella se recoge un apartado relativo a la salud mental, en el que se estima la prevalencia de personas adultas con riesgo de padecer trastornos mentales en el momento de la entrevista a partir del Cuestionario Goldberg GHQ-12. En los niños valora aspectos emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros y socialización utilizando el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ).</p> <p>El Diagnóstico de Salud de las Islas Baleares de 2010 incluye un apartado sobre la mortalidad por suicidio: en el periodo 2003-2007, la media de edad de fallecimientos por esta causa era de cincuenta años, las personas con esquizofrenia tenían 4,3 veces más riesgo de morir por suicidio y en la población infantil el motivo de ingreso principal se produjo por envenenamientos con sustancias medicamentosas (más frecuente en niñas mayores de trece años).</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Inclusión y análisis de los datos sobre ideación e intentos suicidas en la Encuesta de Salud de Islas Baleares. ▫ Registro, seguimiento y análisis de la evolución de los datos (por islas). ▫ Publicación y difusión de los datos recogidos. 			

Medida 30 Elaborar y divulgar un informe anual de la conducta suicida en las Islas Baleares (ideación, intentos y suicidios)

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema de vigilancia, investigación y alerta epidemiológica			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Elaborar y divulgar un informe anual de la conducta suicida en las Islas Baleares (ideación, intentos y suicidios)			
Justificación	<p>La elaboración y la divulgación de un informe anual se justifican en la necesidad de conocer de la manera más veraz posible la realidad de la conducta suicida en las Islas Baleares, a fin de poder fundamentar las decisiones actuales y la planificación de acciones futuras. La armonización de información y datos en un informe anual, desagregado por sexos, permitirá mejorar la comparabilidad, el estudio de la evolución y el análisis de género, lo cual ayudará a determinar los factores que pueden influir en la aparición (trabajo remunerado, aislamiento social, migración, edad, clase social, etc.) y guiar las futuras líneas de investigación.</p> <p>Recoger y divulgar periódicamente la información sobre la morbilidad por la conducta suicida cumple el doble objetivo de aumentar el conocimiento sobre este problema de salud pública y de sensibilizar a instituciones, profesionales, medios de comunicación y población general.</p> <p>La información es actualmente muy limitada (por ejemplo, no hay datos sobre la ideación o los intentos de suicidio). Independientemente de la información disponible en cada momento, la elaboración y la divulgación de esta en un informe anual pueden servir a estos propósitos. El Observatorio del Suicidio de las Islas Baleares es una buena oportunidad para divulgar esta información.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Análisis y seguimiento de los datos recogidos (ideación, intentos y suicidios). ▫ Elaboración del informe anual. ▫ Publicación y difusión del informe anual. 			

Medida 31 Promover la investigación sobre la conducta suicida en las Islas Baleares

Dimensión	Sistemas de atención
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema de vigilancia, investigación y alerta epidemiológica
Nivel de prevención	Universal
Medida	Promover la investigación sobre la conducta suicida en las Islas Baleares
Justificación	<p>A pesar del aumento del conocimiento acerca del suicidio y su prevención en los últimos años, aún es necesario planificar y priorizar la investigación para mejorar la comprensión acerca de la conducta suicida y los esfuerzos de prevención.</p> <p>La investigación y la evaluación continua con perspectiva de género permiten hacer análisis teniendo en cuenta los condicionantes de género, lo cual aumenta la base de conocimientos para la prevención del suicidio y para las intervenciones a fin de identificar las que son más efectivas y eficientes para evitar las muertes por suicidio en las Islas Baleares. Los hallazgos de estas investigaciones sobre la conducta suicida deben plasmarse en recomendaciones y sugerencias para aplicarlas en múltiples entornos, difundiendo y dirigiendo estos hallazgos a grupos específicos, como sanitarios, agentes sociales, agentes comunitarios, grupos de riesgo, etc. Las experiencias de investigación en este campo están lideradas principalmente por la UIB, que participa en diversos proyectos de investigación, como un programa multicéntrico comunitario contra la depresión y el suicidio financiado por el Ministerio de Sanidad y un estudio que está elaborando («Suicidal risk and executive functions in major depressive disorder») para conocer la alteración de las funciones ejecutivas de las personas con un primer episodio de trastorno depresivo.</p> <p>También en otros ámbitos se desarrollan proyectos de investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ En Manacor hay un incipiente proyecto de investigación sobre las características sociodemográficas de pacientes atendidos en el programa APS. ▫ En el Servicio de Urgencias del HMAN se está desarrollando un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo que engloba intentos autolíticos, conductas suicidas y suicidios consumados de pacientes atendidos en el Hospital y en el Sector Sanitario de Llevant (Área de Salud de Mallorca). ▫ En el HUSLL se ha elaborado y ampliado un estudio observacional descriptivo de los pacientes en el Programa de Contención del Suicidio en el HUSLL entre 2017 y 2019. ▫ En el Sector Sanitario de Tramuntana (Área de Salud de Mallorca) se han presentado varios pósteres sobre la actividad desarrollada por el programa APS y las características de la población atendida, y se pretende investigar acerca de la formación en materia de conducta suicida. ▫ En el Sector Sanitario de Ponent (Área de Salud de Mallorca) se hizo un estudio sobre las características de todos los pacientes atendidos durante treinta días y las decisiones médicas tomadas. También se pretende participar en el estudio SUICOG, de la UIB. ▫ La UIB participa, en coordinación con el Instituto de Salud Carlos III, en el proyecto <i>Support for member states implementation of best practices in the area of mental health</i>, convocado en el Plan de Trabajo 2020 del Tercer Programa de Acción en Salud de la Unión Europea 2014-2020. ▫ En la UIB se presentó en 2019 un trabajo de fin de máster que analiza las tipologías de los intentos de suicidio y los suicidios consumados registrados por el Observatorio del Suicidio de 2011 a 2017; recientemente, en junio de 2020, también se presentó un estudio sobre la prevalencia de las manifestaciones ansioso-depresivas de los estudiantes de la UIB.

Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de convocatorias en las que se prioriza la investigación en materia de conducta suicida. ▫ Número de investigaciones financiadas. ▫ Número de investigaciones llevadas a cabo y en desarrollo. ▫ Número de investigaciones/pósteres que se han publicado. 			

Medida 32 Hacer autopsias psicológicas

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema de vigilancia, investigación y alerta epidemiológica			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Hacer autopsias psicológicas			
Justificación	<p>La autopsia psicológica es una técnica forense que se ha consolidado como una herramienta de gran valor predictivo en el área de la salud mental, pues permite establecer un perfil de riesgo suicida y, con ello, la posibilidad de orientar políticas de intervención y prevención más focalizadas.⁸⁴</p> <p>El uso de esta técnica es una necesidad sentida por los institutos de medicina legal en los casos en que las circunstancias de un fallecimiento no están claras, como en los posibles suicidios.</p> <p>El método se revela potencialmente útil en al menos dos áreas diferentes: la identificación de los factores de riesgo (con objetivos clínicos y/o preventivos en mente) y la investigación de marcadores biológicos y genéticos (con el fin de mejorar el conocimiento actual).⁸⁵ Ello permite comprender mejor la compleja interacción de los diversos factores involucrados en la conducta suicida.</p> <p>Además, la autopsia psicológica puede servir como herramienta terapéutica y de posvención, ya que su metodología ofrece la oportunidad a familiares y amigos de ser escuchados y de hacer un cierre psicológico de la pérdida.⁸⁵</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de autopsias psicológicas llevadas a cabo. ▫ Porcentaje de suicidios con autopsia psicológica (total, por islas y por grupos prioritario de interés). 			

Sistema educativo

Medida 33 Divulgar la *Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares*

Dimensión	Sistemas de atención
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema educativo
Nivel de prevención	Universal
Medida	Divulgar la <i>Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares</i>
Justificación	<p>Parece que la ideación y los intentos de suicidio son un problema de salud mental frecuente en la población joven.^{86, 87} La prevalencia media de las ideaciones autolíticas en jóvenes europeos de 15 a 16 años se sitúa en el 7,4 % y la prevalencia del intento de suicidio, a lo largo de la vida, en el 10,5 % (rango 4,1-23,5 %).^{86, 88}</p> <p>Los profesores y los orientadores de los centros educativos pueden desempeñar un papel importante en la prevención de la conducta suicida y en la detección de personas en riesgo.⁸⁶ Se ha demostrado que la capacitación de estos agentes y el desarrollo de herramientas que les faciliten comprender mejor la conducta suicida son una estrategia eficaz de prevención del suicidio.^{89, 90} Igualmente importante es detectar precozmente la conducta suicida en los centros educativos y actuar de forma eficaz para evitar situaciones prolongadas de acoso escolar que permitan la aparición de efectos negativos derivados de aquella, incluido el riesgo de suicidio. Es necesario capacitar y dotar adecuadamente a los docentes y a los profesionales sociales y sanitarios de herramientas para la detección precoz y el abordaje del riesgo de suicidio en personas víctimas de acoso escolar.</p> <p>El acoso escolar tiene efectos negativos graves y duraderos en la salud mental y en el bienestar general de las personas involucradas (las que intimidan, las que son intimidadas, incluso las que observan pero no participan): depresión, ansiedad, participación en violencia interpersonal o violencia sexual, abuso de sustancias, rendimiento escolar bajo, inadaptación social y laboral, etc.^{91, 92} Son factores que, junto con el acoso, aumentan la probabilidad de conducta suicida, que puede ser cuatro veces mayor que en quienes no los han sufrido.⁵⁵</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ En este sentido, el Observatorio del Suicidio y el IBSMIA —en coordinación con la atención primaria, Convivèxit y el Servicio de Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación y Formación Profesional— han elaborado la <i>Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares</i>. Es fundamental que este documento se difunda al máximo para que esté disponible como recurso en todos los centros educativos de las Islas Baleares. ▫ En las Islas Baleares está presente la Plataforma PDA Bullying, formada por un conjunto de entidades e instituciones que trabajan para la visibilización de las buenas prácticas en la prevención, la detección y la actuación en el acoso y el ciberacoso con origen en entornos educativos y otras violencias entre iguales (infancia y adolescencia). Para ello ha establecido un código de buenas prácticas que recoge los indicadores imprescindibles para el abordaje integral del acoso entre iguales, tanto en el ámbito educativo —formal y no formal— como en el abordaje desde una perspectiva comunitaria. ▫ La Consejería de Educación y Formación Profesional ha desarrollado un protocolo de prevención, detección e intervención del acoso escolar en las Islas Baleares que incluye orientaciones para diseñar un plan de prevención del acoso escolar y las medidas que hay que adoptar cuando se comunique un posible caso. ▫ En Mallorca radica la asociación Sin Acoso Escolar, formada por padres y madres de menores y jóvenes víctimas de acoso escolar. En sus cuentas de Facebook y Twitter ofrecen información para combatirlo.

Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de acciones divulgativas de la Guía. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas. ▫ Número de centros educativos y docentes que se han adherido a la Guía. ▫ Número de medidas de prevención llevadas a cabo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. 			

Medida 34 Divulgar el *Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en los centros educativos de las Islas Baleares*

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema educativo			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Divulgar el <i>Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en los centros educativos de las Islas Baleares</i>			
Justificación	<p>Los profesores y los orientadores de los centros educativos pueden desempeñar un papel importante en la detección y en la derivación de alumnos en riesgo suicida a los servicios sanitarios.⁸⁶ La vigilancia especial y la detección de los factores de riesgo o de las señales de alerta (aislamiento social de los alumnos, dificultades relacionales, cambios en el rendimiento escolar, etc.) deben ir acompañadas de protocolos de atención, intervención y remisión claros y bien definidos. La puesta en marcha y la ejecución adecuadas de estos protocolos requiere de la disponibilidad, la accesibilidad y la cooperación de recursos tanto en el centro educativo como en el sistema sanitario, de modo que los alumnos en riesgo puedan obtener ayuda inmediatamente si la necesitan.⁸⁶</p> <p>El Observatorio del Suicidio y el IBSMIA —en coordinación con la atención primaria, Convivèxit y el Servicio de Atención a la Diversidad de la Consejería de Educación y Formación Profesional— han elaborado el <i>Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en los centros educativos de las Islas Baleares</i>. Es fundamental que este documento se difunda al máximo para que esté disponible como recurso en todos los centros educativos de las Islas Baleares.</p> <p>Además, la Consejería de Salud y Consumo ha creado un servicio para los centros educativos con una enfermera gestora de casos integrada en el programa CoorEducaSalutMental, cuyo objetivo en la prevención del suicidio es coordinar a los profesionales de la educación que han activado el protocolo de suicidio y a los profesionales sanitarios recibiendo llamadas y ayudándoles a gestionar casos de ideación suicida, intentos y conductas autolíticas. Todo ello quedaría englobado en el programa RESCATA, del IBSMIA.</p> <p>Por otra parte, en las Islas Baleares se cuenta con la figura del policía local con formación específica y especializado en cooperar en la resolución de conflictos privados y en el entorno escolar (policía tutor), con quien es necesario articular mejor las respuestas surgidas de la derivación de conflictos del ámbito escolar (acoso escolar, absentismo, conflicto, acoso por medio de las tecnologías de la información y la comunicación, etc.). El Observatorio del Suicidio imparte talleres para los policías tutores a fin de informarlos sobre las pautas de actuación en materia de conducta suicida.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de acciones divulgativas del Protocolo. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas. ▫ Número de centros educativos y docentes que se han adherido al Protocolo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas con el Protocolo. ▫ Porcentaje de situaciones en que se aplica el Protocolo. 			

Medida 35 Incluir la asignatura Educación Emocional en el currículo escolar

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema educativo			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Incluir la asignatura Educación Emocional en el currículo escolar			
Justificación	<p>La inclusión de una asignatura Educación Emocional pretende potenciar los factores protectores de la conducta de suicidio en los jóvenes, como es el caso de la expresión correcta de las emociones, la autoestima y la automotivación, la capacidad de afrontamiento, las habilidades para entender sentimientos complejos, las habilidades en la toma de decisiones y la disposición o la voluntad para abrirse, comunicar y dar a conocer información sobre sí mismos a otras personas.^{86, 93} El objetivo es dotar a los jóvenes de competencias transversales que les permitan afrontar diferentes entornos, contextos, situaciones y dinámicas de una manera más asertiva, y además sensibilizarlos y concienciarlos sobre la importancia del bienestar psicológico, de la estabilidad y del equilibrio emocional para el desarrollo humano, la salud y la calidad de vida.⁹⁴</p> <p>Esta medida es una necesidad sentida por muchas instituciones: por ejemplo, el Ayuntamiento de Palma pretende aumentar los recursos en el ámbito educativo para trabajar la gestión de las emociones, la resolución de conflictos y los programas de convivencia, y para potenciar los programas parentales teniendo como modelo, por ejemplo, los determinantes de la salud de la OMS.</p> <p>El IBSMIA plantea implantar un proyecto de alfabetización en materia de salud mental orientado a los alumnos y que sea realizado por formadores especializados en el ámbito de la salud mental.</p> <p>La Consejería de Educación y Formación Profesional tiene una línea clara de abordaje de las habilidades de afrontamiento de los problemas, y de abordaje y gestión de las emociones: acciones promovidas por Convivèxit, prácticas restaurativas, educación emocional, adherencia a la red de centros promotores de salud...</p> <p>Igualmente, como consecuencia de la pandemia de COVID-19, se plantea la educación emocional como elemento transversal en las diferentes asignaturas del currículo escolar a partir de septiembre de 2020. Además, el proyecto «What's Up. Com vas de salut mental?», como novedad en el curso 2020-2021, ofrece recursos pedagógicos para toda la ESO: cinco cápsulas de gestión emocional de la COVID-19 y propuestas curriculares, competenciales y evaluables para 1º y 3º de ESO.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Creación e implantación del programa/asignatura Educación Emocional. ▫ Número de acciones llevadas a cabo del programa/asignatura Educación Emocional. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones llevadas a cabo en el programa/asignatura Educación Emocional. 			

Medida 36 Desarrollar un programa de prevención de la conducta suicida en la UIB

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema educativo (universidad)			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Desarrollar un programa de prevención de la conducta suicida en la UIB			
Justificación	<p>El estudio UniverSal, en el que participó la UIB, analizó las respuestas de una encuesta telemática en la que participaron 2.118 estudiantes, a quienes se preguntó sobre salud física, salud mental y hechos vitales actuales y del pasado. Los resultados del estudio pusieron en evidencia la alta prevalencia de la ideación y la tentativa suicida en las universidades españolas: uno de cada diez universitarios españoles ha tenido pensamientos suicidas en el primer año de carrera. La cifra es superior a la prevalencia de estos comportamientos entre la población general: alrededor del 10 % de los estudiantes declaró haber tenido pensamientos suicidas y casi el 1 % dijo que hizo una tentativa de suicidio en los doce meses anteriores, sin diferencias en función del sexo.⁹⁵ Los factores de riesgo más asociados con la ideación suicida fueron antecedentes de trastornos del ánimo (<i>odds ratio</i> = 8,3) y haber sufrido agresión sexual en el último año (<i>odds ratio</i> = 7,3). Los factores protectores más asociados fueron las relaciones positivas en el colegio durante la infancia (<i>odds ratio</i> = 0,3), con la familia (<i>odds ratio</i> = 0,2) y con los compañeros (<i>odds ratio</i> = 0,4).⁹⁵</p> <p>Vistas estas cifras, el desarrollo de un programa de prevención de la conducta suicida es una necesidad destacada por la UIB. Siguiendo las recomendaciones del estudio, el programa debería enmarcarse en la detección activa del riesgo, en la evaluación de los perfiles de riesgo individualizados y en poner en marcha programas de sensibilización para mitigar el estigma relacionado con los problemas de salud mental, que impiden a los alumnos buscar ayuda.</p> <p>En el ámbito internacional existen iniciativas como <i>#stepchange</i>, desarrollada en universidades del Reino Unido para hacer de la salud mental de los estudiantes una prioridad estratégica. Recientemente han publicado junto con la ONG Papyrus una guía sobre la conducta suicida entre los estudiantes con información sobre cómo mitigar el riesgo y cómo intervenir en la prevención y la posprevención.⁹⁶</p> <p>La UIB participó en un programa multicéntrico comunitario contra la depresión y el suicidio financiado por el Ministerio de Sanidad, con una duración de un año, en el que se hicieron actividades divulgativas y se impartió formación a los profesionales. Otro estudio reciente desarrollado en la UIB reportó que el 30 % de los estudiantes referían grandes síntomas de ansiedad y el 35 %, de depresión, y que la prevalencia más alta era entre las mujeres. La prevalencia de los trastornos de ansiedad se situó entre el 24,5 % y el 26,6 % y entre el 9,2 % y el 12,9 % para los trastornos depresivos.⁹⁷</p> <p>Actualmente, la UIB dispone de un servicio de atención psicológica al alumnado que podría ser reforzado para la detección y el abordaje de casos de riesgo de suicidio. El servicio tSalut es una prestación de asistencia psicológica sobre problemas de ansiedad y estado de ánimo, en el que se ofrece evaluación y asesoramiento sobre problemas ansioso-depresivos y cursos de psicoeducación y prevención a precios muy económicos, que son aun más bajos para la comunidad universitaria.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4

Indicadores	<ul style="list-style-type: none">▫ Creación e implantación del programa.▫ Número de acciones llevadas a cabo.▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo.▫ Número de estudiantes que participan en estas actividades.▫ Número anual de personas registradas con ideación suicida.▫ Porcentaje anual de ideaciones registradas respecto de las esperadas (literatura).▫ Número de estudiantes valorados por riesgo suicida y porcentaje sobre el total.
-------------	--

Sistema social

Medida 37 Desarrollar un protocolo de actuación y coordinación con las unidades de salud mental

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema social			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Desarrollar un protocolo de actuación y coordinación con las unidades de salud mental			
Justificación	<p>Una respuesta integral y coordinada para la prevención y el abordaje correcto de la conducta suicida requiere alianzas con múltiples sectores, y es especialmente importante la alianza entre el sector sanitario y el social.⁹⁸ La intervención asistencial es crucial, pero puede ser limitada, sobre todo si es necesario abordar otros factores de riesgo originados por condicionantes sociales adversos.⁹⁹</p> <p>Desarrollar un protocolo de actuación y coordinación desde los servicios sociales, involucrando también a instituciones y organizaciones humanitarias (como la Cruz Roja), es fundamental para garantizar la continuidad de la atención y la colaboración efectiva en los casos de riesgo alto y de atención inmediata. La colaboración real entre profesionales de ambos sectores garantizaría mejorar la atención de las personas con ideación suicida activa. Esta debería de enfocarse en la detección precoz del riesgo en colectivos especialmente vulnerables y en el establecimiento de planes de intervención en estrecha colaboración con los servicios sociales y sanitarios.</p> <p>Una de las dificultades principales identificada por el área sociosanitaria es que en la mayoría de los casos no existe información oficial sobre el número de suicidios o intentos de suicidio de los pacientes, y por este motivo no se pueden analizar individualmente posibles errores en el tratamiento y/o el seguimiento. Anualmente se publican algunos datos sobre el suicidio, pero no queda claro el porcentaje de pacientes que estaban en seguimiento en una unidad de salud mental, una UCA o en una consulta de medicina de la atención primaria.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Elaboración y difusión del protocolo. ▫ Número de acciones divulgativas del protocolo. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas. ▫ Número de entidades que se han adherido al protocolo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas con el protocolo. ▫ Porcentaje de situaciones en que se aplica el protocolo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, identificadas y derivadas con riesgo suicida según el protocolo. 			

Medida 38 Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en los centros de menores y jóvenes infractores

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema social			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en los centros de menores y jóvenes infractores			
Justificación	<p>Los menores y jóvenes infractores forman un grupo de riesgo alto. La separación de sus familias y amistades, unida al estrés y al impacto psicológico relacionado con la privación de libertad y, en algunos casos, la incertidumbre de la sentencia, además de los síntomas de la abstinencia del consumo drogas pueden ser importantes factores de riesgo para la conducta suicida.¹⁰⁰ Por lo tanto, es fundamental proveer a los profesionales de estos centros de herramientas para orientar la implementación de estrategias de prevención, de vigilancia y seguimiento de casos de acuerdo con el riesgo estimado.</p> <p>En la actualidad, los centros socioeducativos de ejecución de medidas de justicia juvenil de la Dirección General de Infancia, Juventud y Familias de la Consejería de Asuntos Sociales y Deportes han renovado el protocolo de prevención y abordaje de la conducta suicida que se aplica en los centros de menores, que ha elaborado el IBSMIA en coordinación con los psicólogos del centro y con la revisión del Observatorio del Suicidio. Actualmente se está impartiendo formación al resto de profesionales para que se aplique correctamente.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Difusión del protocolo. ▫ Número de acciones divulgativas del protocolo. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo de suicidio en menores y jóvenes infractores. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, que participan en acciones divulgativas. ▫ Número de entidades que se han adherido al protocolo. ▫ Número y porcentaje de personas, desagregado por sexos, identificadas y derivadas con riesgo suicida según el protocolo. 			

Medida 39 Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida entre los menores

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema social			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida entre los menores			
Justificación	<p>Aunque hay pocos estudios científicos que evidencien el verdadero impacto de la conducta suicida en los menores (de menos de 15 años), sí se sabe que pueden ser especialmente vulnerables. Factores como la presencia de trastornos afectivos, la dificultad para expresar sus conflictos o su infelicidad, el aislamiento social y afectivo y la falta de una atmósfera sociofamiliar segura pueden ser potenciales factores de riesgo. Este es un colectivo al que se ha prestado especial atención en la comunidad, de modo que existen recursos varios para darle apoyo. La OBIA dispone de la línea de atención a la infancia y a la adolescencia (116111), por medio de la cual ofrece información, orientación y asesoramiento las 24 horas del día sobre apoyo emocional, identificación, ayuda en situaciones de emergencia y derivación inmediata a los organismos competentes e información sobre los recursos especializados en infancia y adolescencia (por ejemplo, intervención en posibles casos de menores en situación de desprotección, como riesgos o desamparo). Por su parte, la Consejería de Asuntos Sociales y Deportes tiene suscrito un convenio con el 112 para la asistencia después de un acontecimiento traumático grave, en virtud del cual se presta especial atención a los menores.</p> <p>La necesidad de mejorar la coordinación y dar más visibilidad a los diferentes recursos es fundamental para abordar de forma preventiva y precoz problemáticas como los trastornos de la conducta en los menores, y es resaltada por entidades como el IMAS y el Consejo de Mallorca.</p> <p>En Ibiza se ha empezado a elaborar una guía de recursos de atención a menores y se prevé hacer un análisis para conocer los posibles déficits actuales. En Formentera se presta una atención muy individualizada y la coordinación es fluida, gracias a las características poblacionales de la isla.</p> <p>El IBSMIA está desarrollando el programa RESCATA para la prevención del suicidio, que incluye un subprograma de prevención secundaria que ofrece guías de difusión, cursos de formación a personal escolar en materia de primeros auxilios y protocolos de actuación en los casos de detección de conducta suicida.</p> <p>La Consejería de Salud y Consumo creó CoordEducaSalutMental, un servicio de gestión de casos de salud mental infantojuvenil, que se coordina con los centros educativos, los asesora en la evaluación y el abordaje facilitando y haciendo el seguimiento de casos de riesgo suicida. Cuando un caso lo requiere, le da cita preferente en servicios de salud y/o se coordina con la atención primaria.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Medidas puestas en marcha para la prevención del suicidio entre los menores. ▫ Acciones de sensibilización social y profesional sobre el riesgo de suicidio en los menores. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Número de menores atendidos por riesgo de suicidio. ▫ Número de menores valorados por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. ▫ Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales. 			

Medida 40 Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en la tercera edad

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema social			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en la tercera edad			
Justificación	<p>Los ancianos son considerados personas de riesgo, pues presentan tasas de suicidio tres veces superiores a las de personas más jóvenes, debido —entre otros factores— al hecho de que sus intentos de suicidio suelen ser más intencionados, utilizando métodos más letales (son actos menos impulsivos, más meditados y más eficaces).⁵⁵ En las Islas Baleares, las tasas de suicidio se incrementan con la edad, especialmente en hombres mayores de 70 años (casi 24 por cada 100.000 habitantes).</p> <p>El envejecimiento conlleva en muchas ocasiones cambios asociados a enfermedades diversas y a una fragilidad física y mental que merman la calidad de vida y dificultan la independencia y la autonomía de los ancianos, lo cual, unido a factores precipitantes socioemocionales (jubilación, aislamiento social, institucionalización, viudez, etc.), incide en un riesgo más alto de conducta suicida.¹⁰¹</p> <p>La ideación, la tentativa y el suicidio ocurren más a menudo en el contexto de depresión. La evidencia sugiere que la depresión es más frecuente que en grupos de edad más jóvenes, sin abuso de sustancias o trastornos de la personalidad concomitantes.¹⁰²</p> <p>Dado el riesgo alto de suicidio, se recomienda orientar la prevención hacia los propios ancianos, a sus cuidadores y a la población general, con la finalidad de aumentar la concienciación sobre esta problemática, reducir el estigma y potenciar los factores de protección por medio de programas que fomenten el envejecimiento positivo, la autoestima, las habilidades sociales, etc.¹⁰¹ También se requieren medidas específicas para facilitar la detección precoz del riesgo y la oportuna derivación a las unidades de salud mental en los casos en que sea necesario.</p> <p>El desarrollo de una guía de detección para este colectivo, la formación en materia de primeros auxilios psicológicos y duelo, mayor coordinación con los dispositivos de psiquiatría y la información sobre los circuitos de derivación y los recursos de cada área son necesidades demandadas por entidades como el IMAS.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Medidas para prevenir el suicidio en la tercera edad. ▫ Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo de suicidio en personas de la tercera edad. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Número de personas de la tercera edad atendidas por riesgo de suicidio. ▫ Número de personas de la tercera edad, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. 			

Sistema de atención penitenciaria

Medida 41 Mejorar la detección de casos de riesgo y la capacitación en la implantación del protocolo de prevención del suicidio

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema de atención penitenciaria			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Mejorar la detección de casos de riesgo y la capacitación en la implantación del protocolo de prevención del suicidio			
Justificación	<p>Las personas en privación de libertad forman un colectivo de riesgo en una situación extremadamente particular, cuya seguridad personal hay que garantizar, incluidas las autolesiones. Según el Consejo de Europa, en 2014 la tasa de suicidios en prisión para el conjunto de estados de la Unión Europea fue de 6 por cada 100.000 reclusos.¹⁰³ En las prisiones españolas en conjunto, la tasa fue de 4,7 por cada 100.000.</p> <p>Las medidas de prevención deben encaminarse a mejorar la salud mental, reducir el abuso del alcohol y de sustancias psicotrópicas y evitar el aislamiento de las personas vulnerables. También debería hacerse un cribado de todos los reclusos para detectar comportamientos suicidas actuales o pasados.²²</p> <p>Para ello, el Centro Penitenciario de Mallorca aplica un programa de prevención de suicidios elaborado a partir de la Instrucción I 5/2014, por la que se revisa y actualiza el Programa marco de prevención del suicidio de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior. Este programa gira en torno al acompañamiento de iguales en el entorno penitenciario y en el acompañamiento de educadores de calle y de domicilio en los programas externos. No obstante, requiere también una formación específica para los profesionales que intervienen y el perfeccionamiento en la detección de casos de riesgo.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de casos de riesgo detectados. ▫ Número de personas atendidas en el programa de prevención. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, que requieren activación del protocolo y porcentaje sobre el total. ▫ Porcentaje de situaciones en que se aplica el protocolo. 			

Sistema de prevención de riesgos laborales

Medida 42 Elaborar protocolos de prevención de la conducta suicida para profesiones en riesgo de conducta suicida

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema prevención de riesgos laborales			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Elaborar protocolos de prevención de la conducta suicida para profesiones en riesgo de conducta suicida			
Justificación	<p>El ambiente laboral tiene ciertas características y determinados factores que afectan a la salud de los trabajadores y el desempeño de su actividad. Algunos factores en que influyen condiciones y variables negativas de tipo social (precariedad laboral), ambiental (jornadas largas de trabajo) y personal (autoestima baja, escasas habilidades de afrontamiento) pueden causar perjuicios psíquicos, físicos y sociales a los trabajadores, como estrés laboral o síndrome de desgaste profesional.¹⁰⁴</p> <p>En algunas profesiones, la confluencia de estos factores hace a los trabajadores más vulnerables a la conducta suicida. Los profesionales sanitarios suelen tener trabajos con una responsabilidad alta, estrés, dificultad para conciliar la vida laboral y la familiar, unido todo ello a la facilidad de acceso a medios potencialmente letales, que los puede hacer más susceptibles a la conducta suicida.^{105, 106}</p> <p>Entre los años 2005 y 2014, en España el 32,8 % de las muertes por causas externas entre el colectivo médico fue por suicidio, un 0,5 % más que en la población general. Al diferenciar por sexos, las médicas tienen un porcentaje de suicidio un 7,5 % mayor que las mujeres de la población general. Además, el 37 % de las defunciones se produce en el tramo de edad comprendido entre los 50 y los 59 años.¹⁰⁷ Cabe destacar que en las Islas Baleares se registra el mayor porcentaje de muertes de personal médico por suicidio: el 2,9 % de las defunciones en ese mismo período fue por esta causa.</p> <p>Es importante, pues, identificar las profesiones en que la evidencia científica sugiera que existe más riesgo, a fin de poner en marcha protocolos de prevención específicos haciendo especial énfasis en el colectivo de profesionales sanitarios de las Islas Baleares. El Servicio de Empleo de las Islas Baleares (SOIB) pone a disposición de la ciudadanía servicios de orientación laboral generales y especializados en el acompañamiento en el proceso de afrontamiento de la situación de desempleo y/o de inserción sociolaboral, en los que se abordan tanto los aspectos profesionales como los personales y emocionales vinculados a la situación del desempleo.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de suicidios por profesión y porcentaje del total. ▫ Elaboración del protocolo. ▫ Difusión del protocolo. ▫ Número de acciones divulgativas del protocolo. ▫ Acciones de sensibilización de la conducta suicida para profesiones de riesgo llevadas a cabo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas. ▫ Número de entidades que se han adherido al protocolo. 			

Emergencias

Medida 43 Elaborar e implementar un protocolo de atención telefónica de emergencias extrahospitalarias

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Emergencias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Elaborar e implementar un protocolo de atención telefónica de emergencias extrahospitalarias			
Justificación	<p>La atención telefónica es una herramienta de apoyo emocional accesible, inmediata y anónima a la que una persona en crisis suicida puede recurrir, por lo que es un instrumento para la prevención.¹⁰⁸</p> <p>Uno de los aspectos más significativos de la ayuda telefónica es la posibilidad de ser facilitadora de nuevas soluciones por medio de la escucha activa, que permita un mayor conocimiento propio y de la situación conflictiva, para lo que se requiere que el profesional que atiende en la línea telefónica esté sensibilizado y especialmente atento a las señales verbales y sepa abordar la situación, facilitando siempre la verbalización de la idea suicida para intentar neutralizarla.¹⁰⁸ El resultado de una buena intervención telefónica permitirá el rescate y la aceptación de la persona en crisis suicida a poder ser derivada a un servicio especializado si es necesario. La elaboración y la implantación de un protocolo de atención telefónica facilitan que la llamada y la interacción con la persona en crisis suicida sean positivas, promuevan la búsqueda de apoyo social y ayuda y sirvan para rescatarla.</p> <p>Teléfono de la Esperanza aplica un protocolo interno de atención telefónica en las emergencias que incluye el uso de una herramienta de uso interno para la evaluación del riesgo de suicidio (ATENSIS). En coordinación con el Observatorio del Suicidio, imparte formación en el abordaje telefónico de la conducta suicida en la central telefónica del 061. Esta formación consta de una parte teórica y de una parte de simulación clínica.</p> <p>Se está trabajando para implantar un protocolo de seguimiento telefónico de los pacientes atendidos por el 061 por conducta suicida hasta que son vinculados a los dispositivos de salud (primaria u hospitalaria). De dicho seguimiento se encargaría el grupo APS del 061. El seguimiento activo de las personas dadas de alta tras un intento autolítico es muy necesario, dada la alta probabilidad de reintento. Si el paciente ha aceptado tratamiento ambulatorio en el programa Atención y Prevención del Suicidio (APS), el seguimiento está asegurado; en caso contrario, será necesario articular un sistema de seguimiento telefónico desde el mismo programa. Un programa análogo a CoorEducaSalutMental sería muy útil.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Elaboración del protocolo. ▫ Difusión del protocolo. ▫ Número de acciones divulgativas del protocolo. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Número de entidades que se han adherido al protocolo. ▫ Número y porcentaje de personas, desagregado por sexos, identificadas y derivadas por riesgo suicida según el protocolo. 			



Medida 44 Elaborar e implementar un protocolo de actuación coordinada en las emergencias por crisis suicidas

Dimensión	Sistemas de atención
Agente, objeto o sujeto de prevención	Emergencias
Nivel de prevención	Indicada
Medida	Elaborar e implementar un protocolo de actuación coordinada en las emergencias por crisis suicidas
Justificación	<p>La coordinación y la colaboración entre los diferentes servicios de primera intervención (policía, bomberos, 112, 061, psicólogos...) es clave para la gestión exitosa de la situación de riesgo y del rescate de una persona en riesgo de suicidio. Cada servicio tiene un papel importante para ayudar a mantener a una persona segura en un primer momento y para que posteriormente pueda acceder fácilmente a los recursos de ayuda especializada que requiera. La elaboración y la implantación de un protocolo pueden ayudar a mejorar esta comunicación y la colaboración incluyendo estrategias efectivas para garantizar una atención integral y continua hasta que se reduzca el riesgo. En particular, existe la necesidad de promover el intercambio de información entre las diferentes instituciones y la respuesta en equipo para controlar el riesgo de suicidio.</p> <p>Actualmente hay varios servicios que se activan en diversas instituciones y aquellos con los que cuenta la comunidad para hacer frente a una situación de riesgo de suicidio. Es importante considerarlos todos para activarlos eficazmente según el momento en que sea necesario que intervengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Tareas de contención: la Policía Local de Palma hace tareas de contención cuando llega antes que el personal sanitario a requerimientos derivados por el 112. ▫ Garantizar apoyo psicológico: existe un convenio entre la entonces denominada Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas y el COPIB para el apoyo psicológico a los ciudadanos en situaciones de crisis, entre ellas los intentos de suicidio (Circular de Jefatura núm. 149/2001). Los eventuales requerimientos se hacen mediante el 112. Es importante que estas intervenciones se amplíen para ofrecer apoyo y asistencia psicológica al conjunto de agentes que intervienen en una emergencia (bomberos, policías, sanitarios). ▫ Seguimiento: cuando los agentes de policía acompañan a centros sanitarios a personas con ideación suicida y que son dadas de alta después de ser valoradas por el facultativo de guardia es importante cumplir un protocolo de seguimiento. ▫ Cuando los profesionales del 061 trasladan una persona que ha cometido una tentativa de suicidio tienen a disposición una línea directa con psiquiatras de urgencias del hospital para referir información del paciente. Este protocolo evita que se pierda información valiosa desde el momento de la intervención hasta la entrevista clínica con el psiquiatra. Además, cuando el psiquiatra recibe en el servicio de urgencias del hospital a las personas que han intentado suicidarse, el protocolo puede favorecer recibir de primera mano información y posibles detalles importantes que se han recogido de esta persona (y de los cuales no siempre queda constancia). <p>Adicionalmente, es fundamental crear la figura de gestión de casos para adultos en el ámbito de la salud mental, análoga en el programa CoorEducaSalutMental en infantojuvenil, ya que serviría para ayudar a coordinar y gestionar estos aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las personas asistidas por el 061 con ideación, intento, consumación de suicidio. - Los casos con la atención primaria, ayudando, además, a incluirlos en la historia clínica. - Los casos con una unidad de salud mental (enfermero y psiquiatra), citando de manera preferente y, si procede, valorando la necesidad de que actúen un psicólogo, un trabajador social, el Equipo de Seguimiento Asertivo Comunitario (ESAC) de la zona... - El alta con el resto de los niveles asistenciales y el seguimiento prioritario en una unidad de salud mental, en una consulta de psiquiatría, etc. - El seguimiento telefónico tras el intento o la ideación o el alta para valorar el estado de la persona en riesgo de suicidio.

Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Elaboración del protocolo. ▫ Difusión del protocolo. ▫ Número de acciones divulgativas del protocolo. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Porcentaje de servicios adheridos a los protocolos. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas con el protocolo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. 			

Medida 45 Crear un registro informatizado de intervenciones en emergencias extrahospitalarias por crisis suicidas

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Emergencias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Crear un registro informatizado de intervenciones de emergencias extrahospitalarias por crisis suicidas			
Justificación	<p>La magnitud de la conducta suicida suele ser solo parcialmente visible por medio de los casos identificados como suicidio, los intentos y las autoagresiones registrados en hospitales y servicios de atención primaria, mientras que muchos de los intentos de suicidio atendidos por dispositivos de emergencias extrahospitalarias pueden permanecer <i>ocultos</i> y ser desconocidos para los servicios de salud.¹⁰⁹</p> <p>Mejorar la vigilancia y el seguimiento de los intentos de suicidio y de las autoagresiones es un elemento central del modelo de salud pública que comprenda la prevención del suicidio^{22, 110} y es esencial para orientar la prevención, seguir de cerca las acciones y las medidas implantadas y evaluar sus resultados.¹⁰⁹ Un sistema de registro, desagregado por sexos, también puede proporcionar información sobre tendencias a lo largo del tiempo y, por lo tanto, puede ser una herramienta valiosa para la investigación.¹¹¹</p> <p>Actualmente, en el Servicio de Atención Médica Urgente 061 existe un grupo de trabajo del suicidio (Grupo APS del 061) que se ocupa, junto con el Observatorio del Suicidio, de analizar los datos relativos a las asistencias extrahospitalarias por tentativa e intento autolítico. Se está desarrollando un estudio de la incidencia del paciente suicida y de la ideación autolítica.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Creación del registro. ▫ Número anual de intervenciones registradas (total y por islas). ▫ Porcentaje de intervenciones registradas sobre el total. 			

Medida 46 Crear un registro informatizado de intervenciones policiales por crisis suicidas

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Emergencias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Crear un registro informatizado de intervenciones policiales por crisis suicidas			
Justificación	<p>La información y los datos disponibles sobre tentativas suicidas son nulos o muy limitados. Sin embargo, un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general.²²</p> <p>Las intervenciones policiales por crisis suicidas son una información valiosa para llevar a cabo correctamente la vigilancia epidemiológica. Para ello es necesario registrar de manera correcta y homogénea estas actuaciones, que idealmente deberían identificarse fácilmente con un código de actuación, pues muchas de las actuaciones pueden ser catalogadas como accidentes, lo cual impide hacer un seguimiento correcto de los casos de riesgo.</p> <p>En este caso es transcendental fortalecer los sistemas y mejorar la calidad de los datos recopilados mejorando la capacidad interinstitucional para utilizar la información disponible en el seguimiento estratégico de este Plan.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Creación del registro. ▫ Número anual de intervenciones registradas (total y por islas). ▫ Porcentaje de intervenciones registradas sobre el total. 			

Medida 47 Elaborar e implementar un procedimiento policial para intervenciones por crisis suicidas

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Emergencias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Elaborar e implementar un procedimiento policial para intervenciones por crisis suicidas			
Justificación	<p>Una de las funciones principales de los cuerpos de policía es proteger la vida; tienen un papel crucial en la respuesta para proteger a las personas que sufren una crisis suicida y en la derivación de las personas en riesgo a los servicios especializados. También tienen la responsabilidad de apoyar el trabajo de otros servicios en la gestión del riesgo, de las amenazas, de los intentos autolíticos y de los suicidios.</p> <p>Los agentes de policía, igual que el personal de otros dispositivos de emergencia, a menudo son los primeros en ser requeridos para hacer frente a una crisis suicida; precisamente por esta razón son un componente importante de la estrategia efectiva para la prevención del suicidio basada en la comunidad.¹¹² Los agentes de policía pueden ser un punto de contacto clave para las personas en riesgo de autolesión y suicidio y para rescatarlas. La implementación de procedimientos garantiza una orientación más efectiva, segura y exitosa de las actuaciones de riesgo en que intervienen los cuerpos de policía.</p> <p>La Policía Local de Palma cuenta con un procedimiento interno para la actuación en los casos de personas con algún trastorno mental (PE-0001-AS, publicado en 2003), que incluye las autolesiones y los intentos de suicidio y establece cómo debe ser la actuación policial en función de la voluntariedad del traslado y quién debe encargarse de ello.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Creación y difusión del procedimiento. ▫ Número de acciones divulgativas del procedimiento. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Porcentaje de entidades adheridas al procedimiento. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas con el procedimiento. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. 			

Medida 48 Crear un registro informatizado de intervenciones de los bomberos por crisis suicidas

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Emergencias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Crear un registro informatizado de intervenciones de los bomberos por crisis suicidas			
Justificación	<p>Los servicios de bomberos también actúan tanto en los intentos autolíticos como en los casos de suicidio, y por ello es importante mantener un registro pormenorizado de las intervenciones que llevan a cabo. La evidencia sugiere que por cada suicidio haya habido probablemente más de veinte intentos.²²</p> <p>Idealmente debería disponerse en los registros de un código específico que identifique fácilmente todas las actuaciones relacionadas con el riesgo de suicidio. Toda esta información es necesaria para conocer la verdadera dimensión de la conducta suicida en las Islas Baleares y para guiar las acciones necesarias para prevenirla.</p> <p>En este caso es transcendental fortalecer los sistemas y mejorar la calidad de los datos recopilados mejorando la capacidad interinstitucional para utilizar la información disponible en el seguimiento estratégico de este Plan.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Creación del registro. ▫ Número anual de intervenciones registradas (total y por islas). ▫ Porcentaje de intervenciones registradas sobre el total. 			

Medida 49 Elaborar e implementar un procedimiento destinado a los bomberos para intervenciones por crisis suicidas

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Emergencias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Elaborar e implementar un procedimiento destinado a los bomberos para intervenciones por crisis suicidas			
Justificación	<p>El cuerpo de bomberos, como equipo de primera intervención, tiene entre sus funciones el salvamento o el rescate de personas actuando en determinadas situaciones de emergencia, tanto en aquellas en que su competencia es clara como en aquellas en que son el último recurso que el demandante tiene para resolver la situación (ya sean ciudadanos, policías, sanitarios, etc.).¹¹³</p> <p>Las características de la situación a las que pueden resultar expuestos los bomberos intervinientes en una crisis suicida requieren una respuesta rápida, con poco margen de improvisación, en la que el resultado puede determinar el curso de un intento de suicidio, pero en la que es muy fácil que el bombero se vea desbordado si no tiene pautas de actuación claras.</p> <p>En estas circunstancias, la elaboración y la implementación de un protocolo permiten reducir al mínimo el estrés que la situación puede generar y minimizar las respuestas improvisadas. Cuanto más protocolizada y sistematizada sea una intervención, más probabilidad de éxito tendrá el rescate de una persona.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Creación y difusión del procedimiento. ▫ Número de acciones divulgativas del procedimiento. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Porcentaje de entidades adheridas al procedimiento. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas con el procedimiento. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. 			

Medida 50 Incorporar la valoración del riesgo suicida en teléfonos disponibles actualmente

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Emergencias			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Incorporar la valoración del riesgo suicida en teléfonos disponibles actualmente			
Justificación	<p>Tanto en el ámbito estatal como en el autonómico balear se han puesto en marcha diversas líneas de atención como recurso de apoyo directo y de información para colectivos especialmente vulnerables (menores, víctimas de violencia de género, etc.) y para situaciones en que pueden converger diferentes factores de riesgo o que sean precipitantes del riesgo de suicidio.</p> <p>Incluir la valoración del riesgo en la atención de estas líneas telefónicas permite ampliar la oportunidad de ofrecer un apoyo inmediato y de lograr una identificación precoz en los posibles casos de riesgo suicida.</p> <p>Por lo tanto, es importante —como remarca Teléfono de la Esperanza— la necesidad de vincular la valoración del riesgo suicida con otros recursos disponibles en las Islas Baleares. Sería fundamental incluir la valoración con otros teléfonos operativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ 116111: ayuda a la infancia y la adolescencia. ▫ 016: atención a las víctimas de malos tratos por violencia de género. ▫ 971 17 89 89: Instituto Balear de la Mujer. ▫ 971 177 206: OBIA. ▫ 900 018 018: ayuda contra el acoso escolar. ▫ 971 177 157: servicio de atención telefónica LGTBI. ▫ 971 17 72 72: atención ciudadana. <p>En este sentido, el Observatorio del Suicidio ha coordinado una acción formativa dirigida a los teleoperadores del teléfono de atención LGTBI para el abordaje de la conducta suicida, a petición de la Dirección General de Coordinación, Relaciones con el Parlamento, Derechos y Diversidad de la Consejería de Presidencia, Función Pública e Igualdad.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de teléfonos de ayuda y orientación ciudadana que han incorporado la valoración del riesgo suicida. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. 			

Medida 51 Valorar el riesgo suicida en personas atendidas por otras emergencias

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Emergencias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Valorar el riesgo suicida en personas atendidas por otras emergencias			
Justificación	<p>Los servicios de emergencias atienden muchas situaciones urgentes diferentes a las relacionadas con la conducta suicida, pero en las que pueden estar presentes factores de riesgo o señales de alarma relacionadas con dicha conducta. Detectar estos factores y señales forma parte de la prevención precoz, especialmente cuando una persona padece un trastorno mental.</p> <p>Algunas experiencias piloto llevadas a cabo en entornos policiales en el Reino Unido que incluyeron cuestionarios desarrollados para detectar, entre otros, problemas físicos y trastornos mentales en personas en custodia —los cuales incluían un apartado para valorar la conducta suicida— mostraron un aumento en la detección del riesgo de suicidio, principalmente en las personas consideradas como de riesgo alto.¹¹⁴</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de otras actuaciones de emergencias que han incorporado la valoración del riesgo suicida y porcentaje sobre el total. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, identificadas con riesgo suicida y porcentaje sobre el total. ▫ Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales. 			

Medida 52 Incluir en el programa APS a personas atendidas en emergencias por riesgo de suicidio

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Emergencias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Incluir en el programa APS a personas atendidas en emergencias por riesgo de suicidio			
Justificación	<p>Los intentos de suicidio son el factor de riesgo más importante de suicidio, y las personas que los cometen tienen entre 40 y 66 veces más riesgo de suicidio que la población general.¹¹⁵ Se estima que por cada suicidio hay entre 10 y 40 intentos no letales.¹¹⁶ Las mujeres tienen entre 1,5 y 3 veces más probabilidades de intentarlo nuevamente. De hecho, el 16 % de las personas que han tenido un intento volverán a intentarlo al cabo de un año, el 1,6 % completarán el suicidio en los doce meses siguientes y el 3,9 % en los cinco años siguientes.¹¹⁷ El riesgo de completarlo es mayor para los hombres (1,1 %) que para las mujeres (0,5 %), pero en ambos casos aumenta con la edad, especialmente en las mujeres mayores de 55 años.¹⁰⁵</p> <p>Los servicios de emergencias tienen un papel fundamental en la atención a personas que hayan hecho alguna tentativa suicida. Incluir a las personas en riesgo suicida en el programa APS que hayan sido atendidas en algún dispositivo de emergencias permite mantener actualizada la vigilancia de los casos y garantizar un acceso apropiado a la atención y a la búsqueda de ayuda, que puede repercutir en disminuir o neutralizar el riesgo de suicidio, incluyendo los casos en que las características de la situación dificultan que estén en el radar de los servicios sanitarios especializados. Sobre este último punto, es importante recalcar que los estudios señalan que las personas que completan el suicidio en el primer intento no tenían diagnósticos psiquiátricos previos o se les había diagnosticado algún trastorno psicótico o trastorno mental orgánico y no habían accedido a un servicio de salud mental; por lo tanto, las intervenciones preventivas deben llevarse a cabo por otros medios.¹¹⁸</p> <p>Adicionalmente, sería fundamental crear la figura de gestión de casos para adultos, análogo al programa CoorEducaSalutMental para infantojuvenil, en los dispositivos de salud mental, ya que serviría para ayudar a coordinar y gestionar los aspectos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Casos de ideación, intento o consumación suicida atendidos por el 061. ▫ Casos atendidos en la atención primaria, ayudando además a incluirlos en las historias clínicas. ▫ Casos atendidos en una unidad de salud mental, citándolos de manera prioritaria y, si procede, valorando la necesidad de ser atendidos por un psicólogo, un trabajador social, el Equipo de Seguimiento Asertivo Comunitario (ESAC) de la zona, etc. ▫ Altas de casos en otros niveles asistenciales y seguimiento prioritario en una unidad de salud mental, en las consultas de psiquiatría, etc. ▫ Seguimiento telefónico de casos tras un intento o una ideación suicida o el alta, a fin de valorar el estado de la persona en riesgo de suicidio. 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4

Indicadores	<ul style="list-style-type: none">▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por el 061 por riesgo de suicidio incluidas en el programa APS y porcentaje sobre el total.▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por el 112 por riesgo de suicidio incluidas en el programa APS y porcentaje sobre el total.▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por la policía local y/o la Guardia Civil por riesgo de suicidio incluidas en el programa APS y porcentaje sobre el total.▫ Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por los bomberos por riesgo de suicidio incluidas en el programa APS y porcentaje sobre el total.
-------------	--

Medida 53 Elaborar e implementar un protocolo de posvención inmediata coordinada en emergencias

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Emergencias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Elaborar e implementar un protocolo de posvención inmediata coordinada en emergencias			
Justificación	<p>La <i>posvención</i> se refiere al conjunto de actuaciones ofrecidas a los supervivientes al suicidio con la finalidad de facilitar que se recuperen y minimizar las secuelas psíquicas que puede provocar.¹¹⁹ La posvención inmediata está relacionada con el momento en que se informa al superviviente de la pérdida.</p> <p>Comunicar la noticia del suicidio de un ser querido a sus familiares y/o allegados es un momento difícil y doloroso, que debe hacerse de manera profesional y digna. Es importante que los miembros de la familia reciban la atención y el apoyo adecuados.</p> <p>Es primordial que los profesionales involucrados dispongan de un protocolo para comunicar el mensaje de duelo teniendo en cuenta la conducción de la escena y la comunicación de forma empática y asertiva. Siempre es útil referir a los familiares a asistencia psicológica, si la aceptan, y darles datos de contacto de recursos de apoyo y/o de grupos locales de sobrevivientes.¹¹² Además, hay que estar especialmente sensible a identificar riesgos asociados al duelo, pues los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente entre las mujeres y cuando el intento suicida o el suicidio lo ha llevado a cabo un familiar de primer grado.^{22, 120} Este protocolo debería incluir el seguimiento de los familiares o de las personas cercanas supervivientes como atención precoz tras el suicidio de un ser querido.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Elaboración y difusión del protocolo. ▫ Número de acciones divulgativas del protocolo. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Porcentaje de servicios adheridos al protocolo. ▫ Número anual de intervenciones por protocolo (total y por islas). ▫ Porcentaje de intervenciones sobre el total. 			

Sistema sanitario general

Medida 54 Mejorar el tiempo de respuesta del sistema sanitario (urgencias y unidades de salud mental)

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario general			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Mejorar el tiempo de respuesta desde el sistema sanitario (urgencias y unidades de salud mental)			
Justificación	<p>El acceso oportuno a la atención proporcionando una respuesta rápida y eficaz tiene una importancia vital para las personas en riesgo de suicidio, por lo cual es primordial identificar y establecer el tiempo de respuesta máximo en las actuaciones y las derivaciones entre niveles asistenciales y hacer un seguimiento. También es importante mejorar los tiempos de respuesta de las derivaciones desde los servicios sociales (por ejemplo, instituciones como la Cruz Roja), que hacen derivaciones y acompañamiento de una persona en riesgo de suicidio a la atención primaria, a una unidad de salud mental y a la consulta de psiquiatría de guardia.</p> <p>La evidencia científica disponible sugiere, por ejemplo, la relevancia del seguimiento cuando se identifica a una persona en riesgo de suicidio o tras un intento, pues el riesgo de intento de suicidio o de muerte es mayor en el primer mes y hasta doce meses después del alta hospitalaria o de la atención en un servicio de urgencias.^{121, 122} El primer contacto debería ser en las 24-72 horas siguientes tras el alta. El seguimiento asertivo posterior puede disminuir los intentos de suicidio un 19,8 % y las muertes por suicidio un 1,1 %.¹²³ Pero el 70 % de las personas que son atendidas en un servicio de urgencias después de un intento de suicidio nunca asisten a la primera cita de seguimiento.¹²¹</p> <p>Los equipos APS reciben todas las derivaciones desde los dispositivos de urgencias y se ponen en contacto con el paciente en las 24-72 horas siguientes para programar, con su consentimiento, una primera visita de valoración para siete días después. Los equipos multiprofesionales APS ofrecen un tratamiento específico e intensivo centrado en la prevención del suicidio (de tres a seis meses).</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> Establecer tiempos máximos de atención según el perfil de riesgo suicida. Número de pacientes, desagregado por sexos, atendidos según los tiempos establecidos y porcentaje sobre el total de pacientes identificados con riesgo de suicidio. 			

Medida 55 Informatizar un código APS para la detección, la derivación, el seguimiento y el registro de los pacientes en riesgo atendidos en todos los niveles sanitarios

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario general			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Informatizar un código APS para la detección, la derivación, el seguimiento y el registro de los pacientes en riesgo atendidos en todos los niveles sanitarios			
Justificación	<p>Implementar un código APS permitirá facilitar la identificación, el registro y el seguimiento de pacientes en riesgo de suicidio atendidos en cualquier nivel sanitario. Esta integración deberá incluirse en los sistemas implantados actualmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Historia de Salud: herramienta que permite acceder a los datos más relevantes del paciente (ficha de salud), con acceso a los documentos de su historia clínica, a otras fichas de salud específicas (EPOC, riesgo vascular, etc.), a comparativas y evoluciones temporales de parámetros clínicos del paciente y a enlaces a otros sistemas de información (visores de laboratorio, visores de imagen radiológica, registro de voluntades anticipadas, etc.). ▫ HCIS: todos los hospitales, a excepción del Hospital Universitario Son Espases, que opera con Millennium, tienen implantado HCIS como una herramienta para la gestión del paciente y de su historia clínica. <p>En este momento está en fase de definición un proyecto de informatización de la atención sanitaria prestada a pacientes que presentan conducta suicida (ideación o tentativa) coordinado por el Observatorio del Suicidio y liderado por el Departamento de Tecnología de la Información y Comunicaciones del Servicio de Salud. Este programa incluye los aspectos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Registro de pacientes atendidos en el programa APS. ▫ Inclusión de una funcionalidad en los servicios hospitalarios de urgencia que facilite la derivación de pacientes en riesgo suicida al programa APS. ▫ Creación de una alerta que indique la existencia de antecedentes suicidas a los clínicos de urgencias y de la atención primaria. <p>Este proyecto pretende implementar el registro de pacientes APS en Historia de Salud, HCIS y Millennium.</p> <p>Al margen de este proyecto, está en la fase inicial un proyecto de detección de la ideación y las tentativas de suicidio por medio de la inteligencia artificial y algunas experiencias de codificación, como la del HMAN en el programa HCIS relativa a los pacientes con ideación o tentativa suicida, para facilitar el registro informático. Por su parte, en el Área de Salud Mental de Menorca se está trabajando con el servicio de informática para establecer un sistema que detecte a los pacientes atendidos en urgencias por riesgo o conducta de suicidio, lo cual permitirá crear estadísticas e iniciar intervenciones, si procede.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Creación del código APS. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, con código APS. ▫ Porcentaje de personas, desagregado por sexos, con código APS respecto al total. 			

Medida 56 Hacer un seguimiento telefónico de pacientes del programa APS

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario general			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Hacer un seguimiento telefónico de pacientes del programa APS			
Justificación	<p>Desarrollar e implementar un proceso de seguimiento de las personas en riesgo de suicidio es importante para reducir las tasas de suicidio y los comportamientos relacionados.</p> <p>La evidencia científica sugiere que es una medida eficaz para la prevención, pues el contacto con esas personas (especialmente las que no participan en el tratamiento) puede ayudar a reducir las tasas de suicidio después del alta hospitalaria.¹²⁴ Además, el uso de herramientas de seguimiento relativamente fáciles de usar (por ejemplo, contacto telefónico, postales) puede ser efectivo y particularmente importante para reducir los casos de suicidio y los intentos repetitivos. Los programas de salud mental que enfatizan el seguimiento y la continuidad de la atención después del alta hospitalaria también pueden ayudar a prevenir nuevos intentos de suicidio.¹²⁴</p> <p>Una encuesta a personas de una línea del servicio de atención en crisis en los Estados Unidos señaló que casi en el 80 % de las que recibieron llamadas de seguimiento se impidió un nuevo intento y el 90 % afirmaron sentirse a salvo tras la llamada, y que cuantas más llamadas recibieron más aumentó esa impresión.¹²⁵</p> <p>Los equipos APS hacen seguimiento telefónico, reciben todas las derivaciones desde los dispositivos de urgencias y se ponen en contacto con el paciente en las 24-72 horas siguientes para programar, con su consentimiento, una primera visita de valoración siete días después. Los equipos interprofesionales APS ofrecen un tratamiento específico e intensivo centrado en la prevención del suicidio (de tres a seis meses).</p> <p>En las Islas Baleares, el seguimiento de pacientes que han hecho una tentativa suicida o presentan ideación suicida y que hayan sido derivados a los equipos APS se puede hacer desde la central telefónica del 061 llamándolos al menos la semana posterior al incidente y coordinando una serie de llamadas posteriores para saber cómo se encuentran, para averiguar si siguen asistiendo a las citas en la unidad de salud mental —o las que tengan en la agenda— y para saber cuáles pueden ser sus necesidades más urgentes.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de personas, desagregado por sexos, del programa APS con seguimiento telefónico. ▫ Porcentaje de personas, desagregado por sexos, del programa APS con seguimiento sobre el total de personas atendidas por crisis suicidas o riesgo de suicidio. 			

Medida 57 Editar y divulgar una guía para profesionales sanitarios

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario general			
Nivel de prevención	Universal			
Medida	Editar y divulgar una guía para profesionales sanitarios			
Justificación	<p>La capacitación (por medio de guías, por ejemplo) de los profesionales sanitarios es una estrategia eficaz para la prevención del suicidio. Se ha demostrado que esta capacitación mejora el conocimiento, la actitud y la confianza de los profesionales sanitarios respecto al abordaje de la conducta suicida.¹²⁶</p> <p>Esta guía, con perspectiva de género, ha de servir como herramienta de apoyo en la práctica diaria y ofrecer información clínica basada en la evidencia científica sobre los factores de riesgo, los precipitantes, las señales de alerta y los recursos a los que acudir cuando se presenta un riesgo suicida. Idealmente, esta guía debería incluir instrumentos concretos y fáciles de manejar de apoyo para la valoración del riesgo y medidas de actuación según el riesgo detectado vinculadas con los servicios y los recursos disponibles en la comunidad.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Edición y publicación de la guía. ▫ Número de acciones divulgativas de la guía. ▫ Número de profesionales que participan en las acciones divulgativas. ▫ Número de profesionales que se han adherido a la guía. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. 			

Sistema sanitario: atención primaria

Medida 58 Incluir herramientas de detección del riesgo suicida en la historia clínica

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: atención primaria			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Incluir herramientas de detección del riesgo suicida en la historia clínica			
Justificación	<p>Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en la atención primaria es una medida eficaz para disminuir los intentos y las muertes por suicidio.^{127, 128} Las personas con conducta suicida a menudo visitan a los médicos de la atención primaria en las semanas o los días previos al suicidio; el 45 % de las personas acudieron un mes antes y el 20 % una semana antes de la muerte.^{129, 130} Además, el número de visitas es tres veces mayor que en la población general, y este contacto se incrementa significativamente antes del acto suicida.¹³¹</p> <p>La identificación, la valoración y el abordaje, incluso de personas que no lo notifican, es una medida básica en la atención primaria y por ello es primordial dotarla de herramientas en la historia clínica que ayuden al médico en la valoración del riesgo suicida y lo guíen en las actuaciones según el riesgo detectado, vinculando o derivando a los servicios especializados y a los recursos disponibles.</p> <p>Es fundamental incluir recordatorios en estas herramientas que faciliten a los profesionales la valoración del riesgo suicida. La evaluación de la conducta suicida en patologías de riesgo es un elemento clave de la prevención, pues en algunas patologías, como los trastornos psiquiátricos, la prevalencia en la atención primaria es más alta y el riesgo suicida es mayor.¹³²</p> <p>Las personas con depresión mayor tienen veinte veces más riesgo que la población general, fundamentalmente al inicio y al final de episodio,⁵⁵ y el riesgo es mayor si el inicio es entre los treinta y los cuarenta años.¹³³ En torno al 80 % de las personas deprimidas presentan en algún momento ideación autolítica, que proporciona un buen indicador de la intensidad del trastorno subyacente.¹³⁴</p> <p>En las personas con esquizofrenia, el riesgo de suicidio es entre treinta y cuarenta veces mayor que en la población general, y se estima que entre el 25 % y el 50 % hará un intento de suicidio a lo largo de su vida.¹³⁵ La media de edad de suicidio entre las personas con esquizofrenia es de treinta y tres años.¹³⁶</p> <p>Entre el 20 % y el 58 % de los pacientes con trastorno bipolar intenta el suicidio.¹³⁷ El porcentaje de suicidabilidad (ideación suicida / intento de suicidio) es del 54 % en las formas mixtas, mientras que es del 2 % en las formas puras.^{1238, 139}</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Inclusión de la herramienta de apoyo en la historia clínica de la atención primaria. ▫ Número de actuaciones en que se ha utilizado la herramienta. ▫ Número de formularios/herramientas disponibles en que se incluye la evaluación de la conducta suicida en patologías de riesgo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, con patologías de riesgo identificadas con riesgo suicida y porcentaje sobre el total. 			

Medida 59 Evaluar las sospechas de riesgo suicida

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: atención primaria			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Evaluar las sospechas de riesgo suicida			
Justificación	<p>Entre el 1 % y el 10 % de los pacientes de la atención primaria experimentan pensamientos e intencionalidad suicida, por lo que la valoración del riesgo y el abordaje de la suicidabilidad son intrínsecos a la práctica en este nivel asistencial.^{140, 141} Sin embargo, solo una minoría de los pacientes comunican espontáneamente la ideación suicida y son pocos los profesionales que preguntan al respecto; de hecho, se da una gran variabilidad y subjetividad, que depende principalmente de las actitudes y de los conocimientos del profesional.¹⁴²</p> <p>Evaluar la conducta suicida es un elemento clave para identificar el riesgo suicida, especialmente en los grupos de más riesgo y con comorbilidad importante (como la depresión).¹⁴³ Es un importante primer paso en la prevención y debería estar enfocado como un proceso continuo que puede evolucionar desde la ideación hasta la planificación. Es importante que se evalúe en un contexto de empatía, sensibilidad y soporte.¹⁴⁰</p> <p>Se está impartiendo formación a profesionales de la atención primaria —coordinada por el Observatorio del Suicidio— en la detección y el abordaje del riesgo suicida, que incluye simulación clínica.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de evaluaciones llevadas a cabo. ▫ Porcentaje de casos identificados con riesgo suicida en la atención primaria (total y por islas). ▫ Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales. ▫ Porcentaje de personas, desagregado por sexos, detectadas y registradas sobre el total de actuaciones en la atención primaria. 			

Sistema sanitario: urgencias hospitalarias

Medida 60 Incorporar en la historia clínica herramientas de detección, evaluación, registro y derivación de pacientes en riesgo suicida

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: urgencias hospitalarias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Incorporar en la historia clínica herramientas de detección, evaluación, registro y derivación de pacientes en riesgo suicida.			
Justificación	<p>El entorno de las urgencias hospitalarias es un lugar particularmente importante para la prevención del suicidio, pues es un área clave en la que debe implementarse la detección, la evaluación, el registro y la derivación al alta. El 80 % de los pacientes acuden a urgencias por iniciativa propia, sin ser derivados desde otros servicios.¹⁴⁴ La detección y la evaluación deberían hacerse especialmente a las personas que asisten a urgencias con alguna patología de riesgo especial (por ejemplo, depresión). El 39 % de las personas que acuden a urgencias después de un intento de suicidio vuelven a intentarlo nuevamente, y este riesgo es mayor entre las que tiene un historial de múltiples intentos.¹⁴⁵ Además, la valoración del riesgo de suicidio en pacientes atendidos en urgencias con ideación o intentos de suicidio recientes disminuye los intentos de suicidio posteriores, y se reduce más si se hace un seguimiento.¹⁴⁶</p> <p>En las Islas Baleares se están desarrollando experiencias de informatización, codificación y protocolización para mejorar la detección de las personas susceptibles de riesgo suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicio de Urgencias del HUSLL: incorporación informática en la consulta de triaje de una escala de riesgo suicida para los pacientes que acuden por sus propios medios. ▪ Servicio de Urgencias del HCIN: propuesta para incluir la escala SAD PERSONS como instrumento de cribado para decidir si se hace derivación o no a la consulta de psiquiatría de guardia y, si se deriva, decidir el grado de supervisión que el paciente necesitará mientras espera que se haga la valoración. ▪ Servicio de Urgencias del HMAN: codificación diagnóstica específica dentro del programa HCIS para los informes de alta de los pacientes atendidos por ideas de suicidio (V62.84 dentro de la CIE-9), ideaciones suicidas (R45.851 dentro de la CIE-10) o intento de suicidio (T14.91 dentro de la CIE-10). ▪ Servicio de Urgencias del HCM: sistema de detección de pacientes atendidos por riesgo o conducta autolítica. ▪ Servicio de Urgencias del HUSE: protocolo para los pacientes en riesgo suicida. ▪ El Departamento de Tecnología de la Información y Comunicaciones está trabajando en un proyecto de implantación de un código APS en Historia de Salud y en HCIS para facilitar la identificación, el registro y el seguimiento de pacientes en riesgo de suicidio para unificar todas las intervenciones (atención primaria, 061, unidades de salud mental, urgencias, UHB...). 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad de un sistema de detección y codificación en urgencias. ▪ Número anual de personas detectadas con riesgo de suicidio en urgencias (total, por islas y por hospitales). ▪ Porcentaje de personas, desagregado por sexos, detectadas y registradas sobre el total de actuaciones en urgencias. 			

Medida 61 Extender los protocolos del programa APS a los pacientes dados de alta en los servicios hospitalarios de urgencias

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: urgencias hospitalarias			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Extender los protocolos del programa APS a los pacientes dados de alta en los servicios hospitalarios de urgencias			
Justificación	<p>Durante el primer año después del alta el riesgo de suicidio entre las personas en riesgo alto de suicidio es hasta 66 veces mayor que en la población general.¹⁴⁷ Detectar, evaluar y registrar correctamente a las personas identificadas en riesgo de suicidio en los servicios hospitalarios de urgencias requiere la derivación posterior y el seguimiento inmediato para garantizar el principio de continuidad de la atención y, de esta manera, minimizar el alto riesgo de suicidio posterior al alta.</p> <p>Incluir a estas personas en los protocolos APS garantiza que las pautas de evaluación, abordaje, tratamiento y seguimiento sean adecuadas y homogéneas. Actualmente, los pacientes dados de alta de los servicios de urgencias son atendidos en los programas APS de todas las áreas de salud de las Islas Baleares (adultos e infantojuvenil).</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Difusión del protocolo APS en las urgencias hospitalarias. ▫ Número de acciones divulgativas del protocolo. ▫ Porcentaje de servicios adheridos al protocolo. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, dadas de alta en urgencias con protocolo APS y porcentaje sobre el total. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. 			

Sistema sanitario: unidades de hospitalización

Medida 62 Hacer una evaluación universal del riesgo suicida en el ingreso y el alta de pacientes atendidos en UHB

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: unidades de hospitalización			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Hacer una evaluación universal del riesgo suicida en el ingreso y el alta de pacientes atendidos en UHB			
Justificación	<p>Los entornos hospitalarios pueden desempeñar un papel activo en la prevención del suicidio por medio de la detección de personas en riesgo de suicidio, que es factible y conduce a identificarlas a dichas personas, que de otro modo no habrían sido identificadas.¹⁴⁸</p> <p>En los Estados Unidos, The Join Commission considera los entornos hospitalarios como cruciales en la detección del riesgo de suicidio, y por ello alienta a valorar la ideación suicida en todos los pacientes usando herramientas de detección breve, estandarizada y basada en la evidencia científica y hace las recomendaciones siguientes:¹⁴⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Identificar las características y los factores específicos que pueden aumentar o disminuir el riesgo de suicidio. ▫ Abordar las necesidades de seguridad de la persona en riesgo e identificar el entorno más apropiado para el tratamiento. ▫ Proporcionar información y recursos —como el acceso a líneas de atención telefónica— a las personas en situación de crisis suicida y a sus familiares. 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de personas, desagregado por sexos, con evaluación del riesgo en el ingreso y porcentaje sobre el total. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, con evaluación del riesgo en el alta y porcentaje sobre el total. ▫ Porcentaje de personas, desagregado por sexos, detectadas y registradas sobre el total de actuaciones en UHB. 			

Medida 63 Protocolizar y mejorar las medidas de seguridad en las unidades de hospitalización psiquiátrica y en el ámbito hospitalario general

Dimensión	Sistemas de atención
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: unidades de hospitalización
Nivel de prevención	Indicada
Medida	Protocolizar y mejorar las medidas de seguridad en las unidades de hospitalización psiquiátrica y en el ámbito hospitalario general
Justificación	<p>Es fundamental establecer medidas para garantizar la seguridad de las personas en riesgo de suicidio, ya que, por lo general, en las unidades de hospitalización se producen entre el 2 % y el 6 % de los suicidios.¹⁵⁰</p> <p>Es especialmente difícil en las urgencias de algunos hospitales (por ejemplo, en el Servicio de Urgencias del Hospital Can Misses) mantener las medidas de seguridad en los boxes, pues no hay vigilancia y se requiere que permanezcan pacientes con intento de autolisis sin familiares hasta 24 horas para evitar un ingreso en la planta de psiquiatría de forma involuntaria y hasta que se determina si hay riesgo de suicidio, lo cual incrementa el riesgo de fuga.</p> <p>Deberían establecerse medidas de seguridad de tipo estructural, organizativo, de vigilancia y terapéutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Retirar los objetos potencialmente peligrosos: es útil disponer de una lista de verificación de objetos (cinturones, medias, cordones, bolsas, cables, medicamentos, objetos punzantes o cortantes, fármacos). Es importante registrar periódicamente las pertenencias de los pacientes (útiles de aseo, armarios, etc.) y dar a sus familiares instrucciones específicas para evitar que el paciente acceda a algún objeto peligroso por medio de ellos. ▫ Restringir el acceso a espacios de riesgo por medio de sistemas de bloqueo, habiendo identificado y valorado previamente los riesgos ambientales. ▫ Establecer vigilancia: las personas con ideación, intención o planes suicidas requieren una vigilancia continuada, por lo que hay que establecer tiempos y momentos, lugares y responsables de la vigilancia. ▫ Toma controlada de medicación, verificando la ingesta adecuada de medicamentos. <p>En las unidades de hospitalización breve de psiquiatría se dispone de manuales de organización y funcionamiento para los cuidados de las personas con algún trastorno mental. Por ejemplo, en el HUSE las personas que han hecho una tentativa suicida o están en riesgo de autolisis están en una habitación compartida, se registran y se retiran todas sus pertenencias que puedan resultar peligrosas (mecheros, cuchillas, cordones de zapatos, cinturones, pañuelos de cuello, bolsas de plástico...), se establecen medidas de vigilancia (control de la vajilla y los cubiertos, revisión de los neceseres, control de los objetos que las visitas puedan traer) y se mantienen cerradas todas las estancias que contienen objetos peligrosos.</p> <p>Se están desarrollando algunas iniciativas de protocolización y mejora de la seguridad de las personas en riesgo de suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ HUSLL: medidas tanto en el Servicio de Urgencias como en la UHB, pero no están protocolizadas. ▫ HCIN: desde 2015, protocolo de valoración y abordaje. ▫ HUSE: evaluación de la informatización de las medidas de prevención del suicidio en plantas médicas y quirúrgicas. ▫ HMAN: pendiente de desarrollar un protocolo de riesgo autolítico en la UHB.

Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Elaboración y difusión del protocolo. ▫ Número de acciones divulgativas del protocolo. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Número de pacientes, desagregado por sexos, con protocolo de seguridad. ▫ Porcentaje sobre el total de pacientes en riesgo suicida atendidos. 			

Medida 64 Incorporar el plan de seguridad y el plan de cuidados enfermeros en las UHB

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: unidades de hospitalización			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Incorporar el plan de seguridad y el plan de cuidados enfermeros en las UHB			
Justificación	<p>Es fundamental establecer medidas para garantizar la seguridad de las personas en riesgo de suicidio, ya que, por lo general, en las unidades de hospitalización se producen entre el 2 % y el 6 % de los suicidios.¹⁵⁰</p> <p>En los Estados Unidos se han registrado cada año entre 49 y 65 suicidios de pacientes hospitalizados, el 75-80 % de los cuales eran pacientes psiquiátricos. Las tasas estimadas de suicidio son del 3,2 por cada 100.000 pacientes psiquiátricos hospitalizados y del 0,03 por cada 100.000 pacientes no psiquiátricos hospitalizados. El ahorcamiento es el método utilizado en el 70 % de los suicidios, el baño es el lugar donde tiene lugar el 50 % de los suicidios y la manija o bisagra de la puerta es el punto de fijación más utilizado en el 53,8 % de los casos.¹⁵¹</p> <p>Por lo tanto, es fundamental establecer medidas de seguridad en los entornos hospitalarios para proporcionar a las personas en riesgo un entorno seguro y protegido diseñado para apoyarles y estabilizarlos durante los periodos de crisis. En este sentido, el papel del personal de enfermería para la prevención del suicidio o para tratar a las personas en riesgo de suicidio incluye intervenciones con el paciente y en los procesos de atención. En cuanto a los procesos, evalúa y controla la seguridad ambiental y mejora los protocolos, las políticas y las prácticas para evitar un suicidio. En cuanto a los pacientes, evalúa los resultados de todas las intervenciones y el riesgo de suicidio, ayuda a monitorizar a las personas en riesgo y ofrece intervenciones psicoterapéuticas específicas para el suicidio.</p> <p>Actualmente, en el HUSLL se está implantando el programa BPSO (<i>Best Practice Spotlight Organization</i>) a los cuidados enfermeros de pacientes en riesgo suicida, que incluye una guía con recomendaciones que debe revisarse y aplicarse en función de las necesidades específicas de cada organización. Las recomendaciones incluyen aspectos relevantes basados en la evidencia científica para que el personal de enfermería haga un abordaje eficaz del riesgo de suicidio (reconocimiento de los factores de riesgo, valoración de los factores protectores, gestión de factores que pueden impactar en la seguridad física, etc.)</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de hospitales con plan de seguridad y cuidados enfermeros implementado y porcentaje sobre el total. ▫ Número de pacientes, desagregado por sexos, con plan de seguridad y de cuidados enfermeros y porcentaje sobre el total. 			

Medida 65 Incorporar el seguimiento de personas en riesgo suicida dadas de alta

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: unidades de hospitalización			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Incorporar el seguimiento de personas en riesgo suicida dadas de alta			
Justificación	<p>El riesgo de suicidio en el período posterior al alta es bastante alto, tanto entre jóvenes como entre adultos.¹⁵² El riesgo de nuevos intentos de suicidio es más alto en la primera semana, y es menor en los tres meses posteriores al alta, aunque puede persistir entre uno y tres años después del primer intento.^{153, 154} Los hombres son más propensos que las mujeres, y entre las personas con más ingresos anteriores por autolesión. La edad también se asocia a un riesgo más alto, pues se amplifica un 3 %.¹⁵⁵</p> <p>El riesgo de suicidio inmediatamente después del alta hospitalaria subraya la necesidad de hacer un seguimiento precoz y efectivo. La evidencia científica sugiere que las personas en riesgo suicida que son dadas de alta pueden beneficiarse de diferentes medidas de apoyo y seguimiento, como cartas, postales, llamadas telefónicas frecuentes, mensajes de texto, sesiones breves y periódicas de asesoramiento y apoyo.^{153, 15} Estos contactos breves pueden reducir el riesgo de suicidio.¹⁵⁵</p> <p>Es primordial garantizar la continuidad de la atención a personas en riesgo de suicidio. También lo es acudir a las citas programadas, pero en muchos casos los pacientes no acuden: el 70 % fallan en la asistencia a la primera cita o mantienen el tratamiento solo durante algunas sesiones.¹⁵⁷ En las personas jóvenes, este incumplimiento es más frecuente, entre el 17,5 % y el 41,6 %.¹⁵⁸</p> <p>Por lo tanto, es fundamental establecer mecanismos eficientes para ayudar tanto a los profesionales como a los pacientes en riesgo para acudir a las citas programadas (mensajes de texto y de correo electrónico, alertas en la historia clínica, etc.) y establecer una serie de acciones graduales atendiendo al riesgo posible percibido en el caso de que no acudan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Contactar de nuevo para reorganizar una cita. ▫ Contactar con un familiar o con el cuidador identificado en el plan de seguridad. ▫ Contactar con cualquier otro profesional involucrado en la intervención de ese paciente. ▫ Visitar al paciente a domicilio. <p>Los equipos APS hacen seguimiento telefónico, reciben todas las derivaciones desde los dispositivos de urgencias y se ponen en contacto con el paciente en las 24-72 horas siguientes para programar, con su consentimiento, una primera visita de valoración siete días después. Los equipos interprofesionales APS ofrecen un tratamiento específico e intensivo centrado en la prevención del suicidio (de tres a seis meses). Tanto si el paciente se adhiere al tratamiento como si lo rechaza, hay que mantener un seguimiento telefónico al cabo de uno, tres, seis, nueve y doce meses.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de personas, desagregado por sexos, con seguimiento activo tras el alta y porcentaje sobre el total. ▫ Establecimiento de mecanismos de recordatorio y control de citas. ▫ Número de pacientes, desagregado por sexos, que no asisten y porcentaje. ▫ Número de contactos de seguimiento llevados a cabo. 			

Sistema sanitario: salud mental

Medida 66 Potenciar el programa APS

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: salud mental			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Potenciar el programa APS			
Justificación	<p>Los equipos APS son equipos interdisciplinarios que ofrecen un tratamiento específico e intensivo centrado en la prevención del suicidio (de tres a seis meses). Incluyen a profesionales de psiquiatría, de psicología, de enfermería y de trabajo social. Actualmente en las Islas Baleares hay cinco equipos activos (HCIN, HUSLL, HUSE, HCM e infantojuvenil), que hay que potenciar y reforzar en cuanto a recursos profesionales y materiales. Está previsto implementar otros dos equipos, en el HMAN y en el Hospital Mateu Orfila, e incluir como modelo óptimo a nuevos roles profesionales: terapeutas ocupacionales, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y personal administrativo.</p> <p>Dada la heterogeneidad de las diferentes áreas asistenciales, los diferentes APS siguen actuaciones diferenciadas. Con la estabilización y la definición de los diferentes equipos se establece como uno de los objetivos principales homogenizar unos mínimos de intervención. El proyecto final es optimizar los recursos con un equipo APS suprasectorial.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Nivel de desarrollo e implantación del programa APS en cada red de salud mental. ▫ Evolución del número de personas incluidas en el programa APS. ▫ Número de recursos humanos vinculados al programa APS. 			

Medida 67 Hacer una evaluación universal y periódica de los pacientes atendidos en los servicios ambulatorios de salud mental

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: salud mental			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Hacer una evaluación universal y periódica de los pacientes atendidos en los servicios ambulatorios de salud mental			
Justificación	<p>La asociación entre el riesgo de suicidio y la presencia de un trastorno mental es bastante frecuente.¹⁵⁹ La evidencia científica sugiere que alrededor del 25 % de las personas que mueren por suicidio habían estado en contacto con un servicio de salud mental en el año anterior: aproximadamente el 12,5 % contactaron en la semana anterior al suicidio y el 8 % estaban hospitalizadas en ese momento.¹⁶⁰ La mayoría de las personas que fueron atendidas por un servicio de salud mental y que posteriormente se suicidaron estaban catalogadas como <i>de riesgo bajo</i>.¹⁶¹</p> <p>Es importante recordar que el riesgo de suicidio puede cambiar rápidamente; por ello es vital identificar en los servicios de salud mental a todas las personas susceptibles de estar en riesgo suicida y mantener la valoración de forma periódica. La clave para diagnosticar y abordar correctamente estos casos es una evaluación integral y una valoración del riesgo de suicidio a corto y a largo plazo. Idealmente, esta evaluación ha de consistir en un historial claro obtenido de la persona y de cualquier familiar u otro informante disponible, y la revisión de cualquier información disponible previamente (por ejemplo, los intentos anteriores, que a menudo se pasan por alto en los registros).¹⁶²</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de personas evaluadas en los servicios ambulatorios de salud mental y porcentaje sobre el total. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, identificadas con riesgo de suicidio y porcentaje sobre el total. ▫ Porcentaje de personas, desagregado por sexos, detectadas y registradas sobre el total de actuaciones en los servicios ambulatorios de salud mental. 			

Medida 68 Ofrecer servicios de psicoterapia a personas en riesgo de suicidio como parte importante de la intervención

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: salud mental			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Ofrecer servicios de psicoterapia a personas en riesgo de suicidio como parte importante de la intervención			
Justificación	<p>Utilizar la psicoterapia ha mostrado ser efectivo para reducir el riesgo suicida.^{163, 164} diferentes modalidades de terapia —terapia dialéctico-conductual (TDC), terapia cognitivo-conductual (TCC) o terapia de resolución de problemas— parecen dar mejores resultados en el abordaje y la prevención de la conducta suicida.¹⁶⁵ La TCC tiene como objetivo explorar, en colaboración con la persona en riesgo, las razones del intento aplicando técnicas como la reestructuración cognitiva, para minimizar los pensamientos disfuncionales y permitir afrontar de forma más saludable los factores de riesgo y los precipitantes.¹⁶⁶</p> <p>En este sentido, establecer una alianza terapéutica puede actuar como un factor de protección, principalmente en las personas con una red social y de apoyo escasa, ya que permite que puedan sentirse cada vez más libres de compartir sus problemas y que adquieran más confianza en el potencial del profesional para comprenderlas y para valorar con más precisión cuál es el riesgo actual de una persona, a fin de responder rápidamente para neutralizarlo.^{167, 168}</p> <p>Es importante, por tanto, facilitar que las personas en riesgo suicida puedan acceder a los programas de psicoterapia. Los psicólogos de los programas APS ofrecen este tipo de terapia, que puede ser individual o grupal.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de centros que ofrecen servicios de psicoterapia y porcentaje. ▫ Número de personas, desagregado por sexos, en riesgo de suicidio que han sido atendidas desde los servicios de psicoterapia y porcentaje sobre el total de intervenciones en los servicios ambulatorios de salud mental. 			

Medida 69 Elaborar un plan de seguridad para pacientes ambulatorios en riesgo de suicidio

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: salud mental			
Nivel de prevención	Indicada			
Medida	Elaborar un plan de seguridad para pacientes ambulatorios en riesgo de suicidio			
Justificación	<p>El propósito del plan de seguridad es garantizar una transición segura y exitosa de una persona en riesgo de suicidio. Ha de proporcionar un medio eficaz para sintetizar información y estrategias acordadas con las personas en riesgo, lo cual es particularmente importante para aquellas que tienen necesidades múltiples y complejas.¹⁶⁹ Dicho plan ha de especificar los pasos que hay que dar en caso de crisis suicida, para ayudar a la persona a tomar una decisión que sea apropiada a sus necesidades, deseos, valores y circunstancias. Por ello ha de contener estrategias y recursos accesibles y disponibles para la persona, sus familiares y su entorno.¹⁶⁹</p> <p>Es deseable que el plan de seguridad incluya estos aspectos:^{169, 17}</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Instrucciones para la medicación, incluyendo la frecuencia, las dosis y los efectos secundarios. ▫ Recomendaciones de seguridad en el hogar (si es necesario). ▫ Cronograma de citas para el seguimiento y la atención posterior, que incluya detalles de contacto de todos los servicios de atención posterior (incluidas las contingencias). ▫ Procedimientos de seguimiento después del incumplimiento o la falta de asistencia a las citas posteriores. ▫ Recomendaciones para reducir el aislamiento social y comprometerse con una red de apoyo. ▫ Recomendaciones para la prevención de crisis suicidas. ▫ Información sobre las señales de alerta de una posible recaída y recomendaciones sobre cómo actuar. ▫ Pasos específicos para buscar ayuda y apoyo si la crisis suicida vuelve a aparecer o si empeora o aumenta después del alta. ▫ Estrategias para mitigar la angustia, el dolor, el afrontamiento y la ideación suicida. ▫ Datos de contacto de emergencia. ▫ Detalles de la red de soporte de la persona y detalles de contacto relacionados. ▫ Datos de contacto para emergencias de salud mental que estén disponibles durante las 24 horas de cada día del año (incluidos los servicios de asistencia telefónica). ▫ Datos de contacto para asistencia en caso de crisis y servicios comunitarios de salud mental. ▫ Plan de minimización de daños por consumo de alcohol y drogas (si corresponde y es necesario). 			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de pacientes ambulatorios, desagregado por sexos, con riesgo de suicidio y con plan de seguridad y porcentaje sobre el total. ▫ Porcentaje de pacientes ambulatorios en riesgo con plan de seguridad que lo abandonan. 			

Medida 70 Mejorar la detección de casos de riesgo entre la población infantojuvenil

Dimensión	Sistemas de atención
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: salud mental
Nivel de prevención	Selectiva
Medida	Mejorar la detección de casos de riesgo entre la población infantojuvenil
Justificación	<p>El riesgo de suicidio aumenta significativamente con la comorbilidad, de manera que la detección precoz y el acceso oportuno y eficaz a la atención de salud son esenciales para reducir el riesgo de suicidio.²² Un tratamiento adecuado, inmediato y accesible de los trastornos mentales puede reducir el riesgo de comportamiento suicida.¹⁷¹ Se estima que entre el 10 % y el 20 % de los adolescentes de 10 a 19 años experimentan trastornos mentales, pero no se diagnostican ni se tratan adecuadamente. En el rango de adolescentes de más edad (de 15 a 19 años) el suicidio es la tercera causa de muerte en todo el estado, después de los tumores y los accidentes de tráfico.¹⁷²</p> <p>Habiendo tomado conciencia de esta necesidad, en las Islas Baleares hay unidades comunitarias de salud mental de la infancia y la adolescencia, ubicadas en las consultas externas, formadas por un psiquiatra, un psicólogo, un enfermero y un trabajador social.</p> <p>El IBSMIA desarrolla iniciativas diversas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ Cuenta con una web de apoyo —está en proceso de mejora y actualmente está albergada en una sección del web del HUSE— con información sobre recursos, señales de alerta y consejos sobre vida saludable, todo ello dirigido a niños y jóvenes de menos de 18 años que padecen algún trastorno mental. ▫ En el Área de Salud de Ibiza y Formentera se ha incorporado una psicóloga clínica para crear un nuevo APS, que atiende tanto a la población adulta como a la infantojuvenil. ▫ El programa CoordEducaSalutMental es un programa de coordinación entre la Consejería de Educación y Formación Profesional y la Consejería de Salud y Consumo. Cuenta con una enfermera gestora de casos destinada a coordinar, gestionar, ofrecer pautas básicas de actuación a los centros escolares que lo demanden mediante Convivèxit para los casos de conducta suicida y mediante el Servicio de Atención a la Diversidad (Consejería de Educación) para los casos de salud mental complejos. Abarca las cuatro islas. ▫ Equipo APS infantojuvenil para la valoración y la intervención en crisis de niños y adolescentes con ideación o conducta suicida, destinado a personas de menos de 18 años que hayan hecho un intento de suicidio en las semanas previas o que estén en situación de riesgo de suicidio, lo cual requiere una contención ambulatoria mayor y específica. La derivación al programa se hace desde los servicios hospitalarios de urgencias y, de momento, desde la Consejería de Educación, y mediante el gestor de casos si se considera necesario; pero la intención es que en el futuro pueda hacerse también desde los servicios sociales, los servicios de protección del menor y los servicios sanitarios (atención primaria y atención hospitalaria). <p>El Observatorio del Suicidio trabaja en estrecha colaboración con la OBIA, con la que se organizó la Jornada de Conducta Suicida del 21 de marzo de 2019, y tiene previsto organizar las jornadas sobre resiliencia, infancia y adolescencia.</p>

Justificación (cont.)	El Observatorio del Suicidio, en colaboración con el IBSMIA y la Consejería de Educación, ha editado la <i>Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares</i> y el <i>Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en los centros educativos de las Islas Baleares</i> , que están disponibles en los webs de ambas consejerías.			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Medidas puestas en marcha para mejorar la detección del suicidio en la población infantojuvenil. ▫ Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo de suicidio en la población infantojuvenil. ▫ Número y porcentaje de población infantojuvenil valorada por riesgo suicida. ▫ Número de casos de riesgo detectados y porcentaje de personas atendidas. ▫ Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales. 			

Medida 71 Elaborar un protocolo de actuación en las UCA en coordinación con las unidades de salud mental

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema de atención sanitaria: Coordinación de Drogas			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Elaborar un protocolo de actuación en las UCA en coordinación con las unidades de salud mental			
Justificación	<p>Los trastornos mentales de personas con conducta adictiva es uno de los factores principales que inciden en la aparición de ideas autolíticas y riesgo suicida: se estima que más del 40 % de los pacientes con patología dual presenta ideas de suicidio.¹⁷³ Ambos factores (abuso de sustancias y trastorno comórbido) interaccionan y multiplican los riesgos relativos de ambas condiciones.¹⁷⁴ Entre las patologías que incrementan en mayor medida el riesgo de suicidio destacan los trastornos del estado del ánimo y de la personalidad, la esquizofrenia, y rasgos de personalidad como la impulsividad agresiva.¹⁷⁴</p> <p>Actualmente, cuando se detecta un posible riesgo suicida, las unidades de conductas adictivas (UCA) derivan el caso a la atención primaria, a una unidad de salud mental o a un servicio de urgencias, dependiendo de la gravedad del riesgo. Cuando se dispone de psiquiatra o psicólogo de referencia, se contacta con este y se mantienen reuniones de coordinación entre las áreas de salud mental con las UCA, como las del Sector Sanitario de Tramuntana (Área de Salud de Mallorca).</p> <p>Sin embargo, la forma de actuar no es común para todas las UCA, y por ello es necesario elaborar y aplicar un protocolo consensuado con los servicios de salud mental que favorezca la coordinación y los contactos entre los niveles, incluyendo los recursos de deshabituación comunitarios que atienden a pacientes del programa APS (el Sector Sanitario de Ponent lo echa en falta) y permitiendo capacitar mejor a los profesionales implicados en la atención de estos pacientes. El Observatorio del Suicidio prevé proporcionar formación a los profesionales de las UCA con el fin de crear equipos APS propios.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Elaboración del protocolo. ▫ Número de acciones divulgativas del protocolo. ▫ Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. ▫ Número y porcentaje de UCA en que se aplica el protocolo. ▫ Número de pacientes, desagregado por sexos, a los que se ha aplicado el protocolo. ▫ Número y porcentaje de casos de riesgo detectados. ▫ Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales. 			

Medida 72 Crear canales de comunicación y derivación entre el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y los servicios de salud mental para el abordaje de pacientes con una intervención judicial en curso

Dimensión	Sistemas de atención			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Sistema sanitario: servicios de salud mental			
Nivel de prevención	Selectiva			
Medida	Crear canales de comunicación y derivación entre el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y los servicios de salud mental para el abordaje de pacientes con una intervención judicial en curso			
Justificación	<p>El Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses interviene en muchas situaciones que pueden provocar riesgo suicida: personas detenidas, incapacitaciones, internamientos involuntarios, etc.</p> <p>Para que las personas afectadas puedan ser atendidas adecuadamente se requiere una relación estrecha con los servicios de salud mental y mantener una coordinación óptima entre los servicios sanitarios, los cuerpos de seguridad y los juzgados de guardia en los casos en que sea necesario un ingreso involuntario. Para garantizar que se respeten los derechos de los pacientes, representantes del juzgado —habitualmente un juez y un fiscal— visitan a los que están ingresados contra su voluntad.</p> <p>Es muy recomendable que los médicos forenses accedan a la historia clínica de esos pacientes para que puedan consultar y valorar sus datos clínicos y así puedan derivarlos correctamente.</p>			
Prioridad	Alta		Media/baja	
Plazo de inicio o de ejecución	Corto/medio		Largo	
Orden de despliegue	1	2	3	4
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Número de intervenciones judiciales en que se detecta riesgo de suicidio y porcentaje sobre el total. ▫ Porcentaje de personas, desagregado por sexos, detectadas y registradas sobre el total de intervenciones judiciales. ▫ Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales. ▫ Número de ingresos involuntarios por riesgo de suicidio y porcentaje sobre el total. 			

8. Plan de formación

La formación es una de las necesidades más demandadas y una de las medidas preventivas más eficaces para sensibilizar sobre la conducta suicida y para reducir los casos de suicidio; por lo tanto, constituye una de las acciones prioritarias e imprescindibles para poner en marcha, desplegar y consolidar la prevención de la conducta suicida en las Islas Baleares.

El plan de formación se articula basándose en el modelo y en las distintas medidas establecidas en este PLAN DE PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS ISLAS BALEARES. De modo transversal y bajo este marco común y de forma sinérgica, los objetivos generales del plan de formación son los siguientes:

- Promover la sensibilización sobre la conducta suicida entre los profesionales (personal sanitario y no sanitario, personal sociosanitario, etc.).
- Dotar a los profesionales implicados de conocimientos, habilidades y destrezas que ayuden a mejorar la identificación y el abordaje de la persona en riesgo de suicidio y su familia.
- Dotar y mejorar las herramientas, las prácticas y las estrategias a fin de potenciar la eficacia y la adecuación de las intervenciones necesarias para prevenir y saber abordar la conducta suicida.
- Mejorar la adquisición y la actualización de conocimientos y habilidades en torno a las áreas priorizadas por este PLAN DE PREVENCIÓN, ACTUACIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS ISLAS BALEARES.
- Facilitar la integración, la implicación y el compromiso de los profesionales para favorecer el despliegue y el cumplimiento de las medidas de prevención identificadas en este PLAN DE PREVENCIÓN, ACTUACIÓN Y ABORDAJE DE LA CONDUCTA SUICIDA EN LAS ISLAS BALEARES.
- Conocer los programas y las acciones que se hayan desarrollado y profundizar valorando la transferencia del conocimiento y la aplicabilidad de las buenas prácticas.
- Garantizar la mejora continua para reducir la variabilidad clínica, para identificar riesgos y, en definitiva, para prevenir los casos de suicidio en las Islas Baleares.
- Promover la formación en la perspectiva de género en la conducta suicida.

El plan de formación prevé diferentes modalidades de formación dependiendo de las necesidades formativas de los destinatarios:

- **Cursos de formación y talleres:** para mejorar la práctica de las intervenciones asistenciales y/o la actualización de la acción profesional. Idealmente, los talleres deben impartirse con la metodología de educación para la salud, es decir, trabajando las áreas cognitivas, las habilidades y las emociones.
- **Jornadas:** para promover un espacio de encuentro entre dispositivos y equipos profesionales, para intercambiar experiencias y programas asistenciales desarrollados, y en las que se desarrolle un clima de colaboración y reflexión para abordar la problemática del suicidio desde las diferentes entidades, etc.
- **Supervisión de casos o sesiones clínicas:** acciones formativas estratégicas y específicas para fomentar la discusión, la reflexión, la construcción y la deconstrucción de prácticas profesionales, diseños de programas y planes de intervención para atender los casos de la manera óptima y adecuada.

Tabla 2. Plan de formación: acciones, destinatarios y medida de la estrategia relacionada

Comunidad y entorno			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Acción formativa	Destinatarios	Medida
Sociedad	Taller de sensibilización social sobre la conducta suicida	Población de las Islas Baleares	1
	Taller de promoción y educación de la salud en general y de la salud mental en particular	Población de las Islas Baleares	2
Medios de comunicación	Sesión de divulgación sobre el código ético para el tratamiento informativo	Periodistas, personal de redacción y cargos directivos de los medios de comunicación	6
Familias	Sensibilización, prevención, afrontamiento y gestión de la situación de familiares de personas en riesgo de suicidio y supervivientes	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Familias asociaciones (3 Salut Mental, AFASIB, Ángeles de Azul y Verde, Familias por una Ibiza y Formentera Sin Drogas, Obertament Balears...) ▫ Otros profesionales implicados 	12
Individuo			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Acción formativa	Destinatarios	Medida
Personas en riesgo de suicidio	Sesión de divulgación de la guía para personas en riesgo de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Asociaciones (3 Salut Mental, Ángeles de Azul y Verde, Cruz Roja en las Islas Baleares, Teléfono de la Esperanza...) ▫ Otros profesionales implicados 	14
Migrantes	Curso de detección y abordaje de la conducta suicida en migrantes	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Profesionales del Centro de Información y Orientación para la Inmigración (OFIM), de la Cruz Roja en las Islas Baleares, del Servicio de Mediación Intercultural... ▫ Otros profesionales implicados 	15
Menores víctimas	Curso de detección y abordaje de la conducta suicida en menores víctimas de malos tratos, abandono o abusos	Profesionales de la OBIA, etc., y otros profesionales implicados	16
Personas LGTBIQ+	Taller de sensibilización y prevención de la conducta suicida en colectivos LGTBIQ+	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Asociación Ben Amics, Médicos del Mundo, Asociación Balear de Ayuda a Enfermos de Sida y Colectivo Gay, Lésbico y Transexual de Ibiza y Formentera, etc. ▫ Otros profesionales implicados 	17

Personas con adicciones	Curso de prevención de la conducta suicida en personas con adicciones	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales de Projecte Home Balears, de la Fundació Projecte Jove, de Es Refugi, de la Cruz Roja en las Islas Baleares Juventud, de Médicos del Mundo, etc. Profesionales de las UCA Otros profesionales implicados 	18
Personas con consumo inadecuado de alcohol	Curso de prevención del consumo inadecuado de alcohol en personas con factores de riesgo suicida	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales de Projecte Home Balears, de la Fundació Projecte Jove, de Es Refugi, de la Cruz Roja en las Islas Baleares Juventud, de Médicos del Mundo, etc. Profesionales de las UCA Otros profesionales implicados 	19
Miembros de las fuerzas y de los cuerpos de seguridad	Taller de sensibilización y atención del riesgo de suicidio en miembros de las fuerzas y de los cuerpos de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> Asociaciones (Asociación de Jubilados de la Policía Local de Palma, Ángeles de Azul y Verde...). Sindicatos de las fuerzas y de los cuerpos de seguridad Otros profesionales implicados 	20
Víctimas de violencia de género	Curso de prevención, detección y abordaje de la conducta suicida en víctimas de violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales del Instituto Balear de la Mujer, de los centros de atención a la mujer de cada consejo insular, profesionales que prestan atención psicológica específica, etc. Otros profesionales implicados 	21
Personas con alguna discapacidad	Curso de prevención, detección y abordaje de la conducta suicida en personas con discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales del Servicio de Valoración y Orientación de la Discapacidad y la Dependencia, del IMAS, del Servicio de Atención a la Discapacidad, de entidades del tercer sector, etc. Otros profesionales implicados 	22
Supervivientes	Jornada para prestar un apoyo específico y dar una respuesta adecuada a personas supervivientes	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales del 112, AFASIB, 3 Salut Mental, programa APS, Ángeles de Azul y Verde, Servicio de Salud, etc. Otros profesionales implicados 	25
	Jornada para implantar técnicas de <i>defusing</i> y <i>debriefing</i> entre profesionales supervivientes	<ul style="list-style-type: none"> Miembros de las fuerzas y de los cuerpos de seguridad del Estado, 112, 061, bomberos, Servicio de Salud, programa APS, etc. Otros profesionales implicados 	26

Sistema educativo

<i>Agente, objeto o sujeto de prevención</i>	<i>Acción formativa</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Medida</i>
Sistema educativo	Sesión de divulgación de la <i>Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares</i>	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales de los centros educativos y otros que estén implicados Profesionales relacionados con los centros educativos y otros que estén implicados 	33
	Sesión de divulgación del <i>Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en los centros educativos de las Islas Baleares</i>	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales de los centros educativos y otros que estén implicados Profesionales relacionados con los centros educativos y otros que estén implicados 	34
	Sesión de divulgación del programa de prevención de la conducta suicida en la UIB	Profesionales y alumnos de la UIB y otros que estén implicados	36

Sistema social

<i>Agente, objeto o sujeto de prevención</i>	<i>Acción formativa</i>	<i>Destinatarios</i>	<i>Medida</i>
Sistema social	Sesión de divulgación del protocolo de actuación y coordinación con los dispositivos de salud mental	Profesionales del IMAS, entidades del tercer sector, servicios sociales comunitarios básicos, profesionales de dependencia, profesionales de entidades sociales y otros que estén implicados	37
Menores y jóvenes infractores	Curso de prevención, detección y abordaje de la conducta suicida en centros de menores y jóvenes infractores	Profesionales de centros y programas socioeducativos de ejecución de medidas de justicia juvenil y otros que estén implicados	38
Menores	Curso de prevención, detección y abordaje de la conducta suicida en menores	Profesionales implicados	39
Personas de la tercera edad	Curso de prevención, detección y abordaje de la conducta suicida en personas de la tercera edad	Profesionales implicados	40

Sistema de atención penitenciaria

Agente, objeto o sujeto de prevención	Acción formativa	Destinatarios	Medida
Sistema de atención penitenciaria	Curso de detección de casos de riesgo e implantación del protocolo de prevención del suicidio	Profesionales de los centros penitenciarios de las Islas Baleares	41

Sistema de prevención de riesgos laborales

Agente, objeto o sujeto de prevención	Acción formativa	Destinatarios	Medida
Sistema de prevención de riesgos laborales	Sesión de divulgación del protocolo de la conducta suicida para profesiones de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Consejería de Presidencia, Función Pública e Igualdad y otros que estén implicados Responsables y profesionales de departamentos de recursos humanos de los recursos sanitarios, sociales y comunitarios de las Islas Baleares y otros profesionales que estén implicados 	42

Emergencias			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Acción formativa	Destinatarios	Medida
Emergencias	Sesión de divulgación del protocolo de atención telefónica de emergencias extrahospitalarias	Profesionales de atención telefónica de emergencias (Teléfono de la Esperanza, 112, 061, 016, 116111, etc.) y otros que estén implicados	43
	Sesión de divulgación del protocolo de actuación coordinada en emergencias por crisis suicidas	Profesionales de primera intervención (policía, bomberos, 112, 061, GIPEC...) y otros que estén implicados	44
	Sesión de divulgación del procedimiento policial para intervenciones por crisis suicidas	Policía Nacional, Guardia Civil, policía local y otros profesionales que estén implicados	47
	Sesión de divulgación del procedimiento de los bomberos para intervenciones por crisis suicidas	Bomberos de Palma, Bomberos de Menorca, Bomberos de Ibiza y Formentera y otros profesionales que estén implicados	49
	Sesión de valoración del riesgo suicida en teléfonos disponibles actualmente	Profesionales de Instituto Balear de la Mujer, OBIA, Teléfono Contra el Acoso Escolar, atención telefónica #LGTBI y otros que estén implicados	50
	Sesión de valoración del riesgo suicida en personas atendidas en emergencias	Profesionales de primera intervención (policía, bomberos, 112, 061, GIPEC...) y otros que estén implicados	51
	Sesión de divulgación del protocolo de posvención inmediata coordinada en emergencias	Profesionales de primera intervención (policía, bomberos, 112, 061, GIPEC...) y otros que estén implicados	53
Sistema sanitario			
Agente, objeto o sujeto de prevención	Acción formativa	Destinatarios	Medida
Sistema sanitario general	Sesión de divulgación de la guía para profesionales sanitarios	Profesionales del Servicio de Salud de las Islas Baleares y otros que estén implicados	57
Atención primaria	Sesión de detección, evaluación y abordaje de la conducta suicida	Profesionales de la atención primaria y otros que estén implicados	59
Urgencias hospitalarias	Sesión de divulgación del protocolo del programa APS en los servicios de urgencias hospitalarias	Profesionales de urgencias hospitalarias y otros que estén implicados	61

Unidades de hospitalización	Curso de evaluación del riesgo suicida en las UHB	Profesionales del Servicio de Salud de las Islas Baleares de hospitales generales y otros que estén implicados	62
	Sesión de divulgación del protocolo de seguridad en las unidades de hospitalización psiquiátrica y en el ámbito hospitalario general	Profesionales del Servicio de Salud de las Islas Baleares de hospitales generales y psiquiátricos y otros que estén implicados	63
	Sesión de divulgación del plan de seguridad y plan de cuidados enfermeros en UHB	Profesionales del Servicio de Salud de las Islas Baleares de hospitales generales y otros que estén implicados	64
	Jornada sobre el seguimiento de personas en riesgo dadas de alta	Profesionales del Servicio de Salud de las Islas Baleares, del programa APS y otros que estén implicados	65
Salud mental	Sesión de divulgación del programa APS	Profesionales del Servicio de Salud de las Islas Baleares, de entidades sociales y otros que estén implicados	66
	Curso de evaluación del riesgo suicida en servicios ambulatorios de salud mental	Profesionales de salud mental del Servicio de Salud de las Islas Baleares, de entidades sociales y otros que estén implicados	67
	Jornada de actualización de servicios de psicoterapia en la intervención de personas en riesgo de suicidio	Profesionales de salud mental del Servicio de Salud de las Islas Baleares, del programa APS, de entidades sociales y otros profesionales que estén implicados	68
	Sesión de divulgación del plan de seguridad para pacientes ambulatorios en riesgo de suicidio	Profesionales de salud mental del Servicio de Salud de las Islas Baleares, del programa APS, de entidades sociales y otros profesionales que estén implicados	69
	Curso de detección de casos de riesgo en población infantojuvenil	Profesionales de las unidades comunitarias de salud mental de la infancia y la adolescencia, del IBSMIA, del Servicio de Salud de las Islas Baleares, de entidades sociales y otros profesionales que estén implicados	70
	Sesión de divulgación del protocolo de actuación en las UCA en coordinación con los dispositivos de salud mental	Profesionales de las UCA, de salud mental del Servicio de Salud de las Islas Baleares, de entidades sociales y otros profesionales que estén implicados	71
	Jornadas de comunicación y derivación entre el Instituto de Medicina Legal y servicios de salud mental	Profesionales de salud mental del Servicio de Salud de las Islas Baleares, del Instituto de Medicina Legal, de entidades sociales y otros profesionales que estén implicados	72

9. Divulgación del plan

Es importante que se conozca que existe este plan y el modo en que cada cual puede participar. Además de la presentación oficial, es necesaria una divulgación constante que garantice que conocen el plan las instituciones, los profesionales, los medios de comunicación, los poderes públicos y la sociedad balear en general. Algunas de las acciones previstas son las siguientes:

- Elaboración y distribución de folletos divulgativos entre todas las entidades que han participado en la elaboración del plan y están implicadas en su ejecución, que a su vez pueden divulgarlo entre otras entidades.
- Divulgación en los medios de comunicación de la existencia del plan y de sus contenidos principales, igualmente mediante las entidades que han participado.
- Presentación del plan al personal de dichas entidades y a otras en la forma y en el momento que cada una considere oportuno.
- Desarrollo de sesiones conjuntas entre los diferentes profesionales y las entidades implicadas en la prevención y el abordaje de la conducta suicida en las Islas Baleares a fin de difundir las medidas e incrementar la colaboración y la participación entre sectores.
- Mención del plan e inclusión de los contenidos que correspondan en otros documentos o instrumentos de trabajo que se desarrollen en las diferentes entidades y que puedan estar relacionados con el plan.

10. Despliegue del plan

Las medidas del plan están organizadas basándose en la prioridad y la inmediatez temporal. La **prioridad** no significa *importancia* sino *relevancia* —por diferentes motivos, especialmente porque así se deduce del trabajo de los grupos que han participado en el plan— a la hora de poner en marcha la medida, aplicarla o implementarla. La **inmediatez** viene determinada por la factibilidad a corto plazo para poner en marcha una medida o implementar (por ejemplo, porque alguna ya se esté aplicando).

Basándose en estas dos variables se organiza el despliegue del plan en cuatro momentos:

- Las medidas de despliegue más inmediato son las caracterizadas por una prioridad alta y una factibilidad o inicio en un plazo corto/medio.
- Las segundas medidas que deberían ponerse en marcha son las que pueden iniciarse o implementarse en un plazo corto/medio, dado que no son prioritarias.
- Las medidas que deberían desplegarse en un tercer momento son las que, aun siendo prioritarias, no pueden ponerse en marcha o implementarse en un plazo corto/medio.
- Por último, en un cuarto momento del despliegue del plan deberían abordarse las medidas que no son tan prioritarias ni pueden ponerse en marcha o implementarse en un plazo corto/medio.

Este orden es meramente orientativo, pues el despliegue real del plan estará condicionado por otras variables. No obstante, puede servir de referencia a la hora de abordar las medidas que prevé.

**PRIORIDAD ALTA
CORTO/MEDIO PLAZO**

Medida 1 Campañas de sensibilización
Medida 6 Código ético de los medios de comunicación
Medida 16 Detección en menores víctimas de malos tratos, abandono o abusos
Medida 17 LGTBIQ en acciones de prevención
Medida 33 Divulgar la Guía para centros educativos
Medida 34 Divulgar el Protocolo en los centros educativos
Medida 39 Detección entre los menores
Medida 52 Incluir el programa APS en emergencias
Medida 54 Mejorar tiempo respuesta en sistema sanitario
Medida 56 Seguimiento telefónico del programa APS
Medida 57 Guía para profesionales sanitarios
Medida 58 Herramientas en historia clínica en AP
Medida 59 Evaluación de sospecha de riesgo en AP
Medida 61 Protocolo APS en urgencias
Medida 62 Evaluación universal de pacientes en UHB
Medida 65 Seguimiento pacientes tras el alta de UHB
Medida 66 Potenciar el programa APS
Medida 67 Evaluación universal en las USM
Medida 70 Detección en población infantojuvenil
Medida 71 Protocolo para las UCA

ORDEN DE DESPLIEGUE

1

**PRIORIDAD ALTA
LARGO PLAZO**

Medida 8 Limitación de acceso a *hotspots*
Medida 9 Limitación de acceso a otros medios letales
Medida 21 Detección en víctimas de violencia de género
Medida 23 Asociacionismo de supervivientes
Medida 24 Grupos de ayuda mutua de supervivientes
Medida 25 Prestaciones a supervivientes
Medida 31 Promover la investigación
Medida 40 Detección en la tercera edad
Medida 43 Protocolo de atención telefónica en emergencias
Medida 44 Protocolo para crisis suicidas en emergencias
Medida 50 Valoración en teléfonos disponibles
Medida 53 Protocolo de posverificación inmediata en emergencias
Medida 55 Informatizar código APS
Medida 60 Herramientas de detección en urgencias

ORDEN DE DESPLIEGUE

3

P
R
I
O
R
I
D
A
D

**PRIORIDAD BAJA
CORTO/MEDIO PLAZO**

Medida 2 Programas de promoción de la salud
Medida 3 Web y observatorio de buena praxis
Medida 7 Divulgación de información en los medios de comunicación
Medida 11 Control de fármacos
Medida 12 Guías para familiares de personas en riesgo
Medida 13 Incorporación de la familia de personas en riesgo en la atención
Medida 14 Guía para personas en riesgo
Medida 18 Prevención en personas con adicciones
Medida 19 Reducir y prevenir el consumo de alcohol
Medida 27 Registro y mapa de suicidios
Medida 28 Registro de tentativas
Medida 30 Informe anual del Observatorio
Medida 36 Programa de prevención en la UIB
Medida 37 Protocolo con unidades de salud mental
Medida 38 Detección en centros de menores infractores
Medida 41 Protocolo en el sistema penitenciario
Medida 47 Procedimiento policial para intervenciones
Medida 49 Procedimiento para bomberos
Medida 68 Servicios de psicoterapia
Medida 69 Plan de seguridad en servicios ambulatorios de salud mental
Medida 72 Intervención judicial en curso

ORDEN DE DESPLIEGUE

2

**PRIORIDAD BAJA
LARGO PLAZO**

Medida 4 Teléfono de atención a personas en riesgo
Medida 5 Sociedades seguras
Medida 10 Vigilar contenido prosuicida en internet
Medida 15 Detección en personas migradas
Medida 20 Sensibilización y atención a fuerzas y cuerpos de seguridad
Medida 22 Detección en personas con discapacidad
Medida 26 Aplicar *defusing* y *debriefing*
Medida 29 Encuesta de Salud
Medida 32 Autopsias psicológicas
Medida 35 Asignatura de Educación Emocional
Medida 42 Protocolo para profesiones en riesgo
Medida 45 Registro de intervención en emergencias
Medida 46 Registro en intervenciones policiales
Medida 48 Registro en intervenciones de bomberos
Medida 51 Riesgo suicida en otras emergencias
Medida 63 Medidas de seguridad en unidades de hospitalización psiquiátrica
Medida 64 Plan de seguridad y cuidados enfermeros en UHB

ORDEN DE DESPLIEGUE

4



11. Evaluación del plan

Se ha establecido un conjunto de indicadores orientativos para cada medida que permiten evaluar la marcha y el impacto de las acciones previstas en este plan. Los indicadores irán aplicándose paulatinamente en la medida que cada una de las medidas previstas en el plan vaya poniéndose en marcha y desarrollándose.

No hay que obviar que el resultado final que se pretende es reducir el número de muertes por suicidio y de intentos suicidas en las Islas Baleares; para ello, adicionalmente se prevé valorar cinco indicadores principales con periodicidad anual:

- Tasa estandarizada anual de suicidios en la población general (total, por sexo, por edad, por nivel socioeconómico, por nivel educativo, por islas, por profesión).
- Tasa anual de tentativas de suicidio en la población general (total, por sexo, por edad, por nivel socioeconómico, por nivel educativo, por islas).
- Número y porcentaje de personas que vuelven a intentar suicidarse en los doce meses siguientes (total, por sexo, por edad, por nivel socioeconómico, por nivel educativo, por islas).
- Tasa anual de suicidios de personas incluidas en el programa APS.
- Tasa anual de tentativas de suicidio de personas incluidas en el programa APS.

COMUNIDAD Y ENTORNO

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Sociedad	1) Realizar campañas y otras acciones de sensibilización social coincidiendo con días relacionados con la conducta suicida	<ul style="list-style-type: none"> – Número de campañas de concienciación llevadas a cabo. – Número de actividades llevadas a cabo en las fechas señaladas para la prevención del suicidio. – Número de organizaciones implicadas en las campañas. – Impacto de las campañas (número de personas a las que han llegado, número de veces que ha sido expuesta la publicidad de la campaña).
	2) Potenciar los programas y las acciones de promoción y educación para la salud en general y la salud mental en particular	<ul style="list-style-type: none"> – Número de acciones llevadas a cabo. – Número y porcentaje de personas, desagregados por sexos, que participan en estas acciones. – Número de organizaciones implicadas en estas acciones. – Evaluación de las acciones llevadas a cabo.
	3) Crear una web y un observatorio de buena praxis para dar visibilidad a recursos y herramientas que faciliten la búsqueda de ayuda	<ul style="list-style-type: none"> – Creación de la web y del observatorio de buenas prácticas. – Número de noticias, documentos, etc., divulgados en la página web y en las redes sociales. – Número de usuarios, desagregado por sexos, y número de visitas registradas en la web y en las redes sociales. – Número de publicaciones o material recopilado como buena práctica.
	4) Crear un teléfono de atención y apoyo a personas en riesgo de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> – Creación del teléfono. – Número de llamadas recibidas. – Perfil demográfico de las personas que llaman. – Número de actuaciones llevadas a cabo (intervenciones, derivaciones...).
	5) Fomentar una sociedad segura: vivienda, empleo, protección social	<ul style="list-style-type: none"> – Número de medidas para garantizar vivienda, empleo y protección social. – Número y porcentaje de personas, desagregados por sexos, que participan en estas medidas.
Medios de comunicación	6) Editar y divulgar un folleto sobre las medidas del código ético para el tratamiento informativo en los medios de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> – Número de medios de comunicación que se han adherido a las medidas del código ético para el tratamiento informativo. – Número de noticias publicadas con buen estilo sobre prevención del suicidio.
	7) Promover la participación, la presencia y la divulgación de información sobre la conducta suicida en los medios de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> – Número de publicaciones. – Número de medios de comunicación que las han difundido. – Impacto de las publicaciones (número de lectores, número de <i>likes</i>, número de veces que una noticia ha sido compartida).

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Acceso a medios letales	8) Identificar <i>hotspots</i> y limitar el acceso o disuadir de acceder a ellos	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboración del mapa de <i>hotspots</i> de las Islas Baleares. – Número de lugares de riesgo alto o <i>hotspots</i> identificados. – Elaboración de un informe con conclusiones y recomendaciones de cada lugar identificado. – Número de lugares de riesgo alto o <i>hotspots</i> con acceso limitado. – Número de acciones desarrolladas para disuadir el acceso a <i>hotspots</i>.
	9) Identificar otros medios letales y limitar el acceso o disuadir de acceder a ellos	<ul style="list-style-type: none"> – Número de acciones para aumentar el control de las armas de caza. – Número de acciones llevadas a cabo para limitar el uso de pesticidas y otros tóxicos letales. – Número y porcentaje de personas, desagregados por sexos, que mueren por armas de caza, pesticidas u otros medios letales.
	10) Vigilar los contenidos promotores del suicidio en internet	<ul style="list-style-type: none"> – Número de webs, blogs, foros, mensajes instantáneos de juegos en línea, etc., con contenidos promotores del suicidio identificados. – Número de webs, blogs y foros, mensajes instantáneos de juegos en línea, etc., con contenidos promotores del suicidio que ha sido cerrados y/o bloqueados.
	11) Aumentar el control sobre la prescripción, la dispensación y el acopio de fármacos, en coordinación con las farmacias	<ul style="list-style-type: none"> – Número de acciones para aumentar el control de la prescripción, la dispensación, la administración y el acopio de fármacos potencialmente letales en caso de sobredosis. – Número y porcentaje de personas, desagregados por sexos, que ingresan a causa de envenenamiento por fármacos. – Número y porcentaje de personas, desagregados por sexos, que mueren a causa de envenenamiento por fármacos.
Familias	12) Divulgar una guía para familiares de personas en riesgo suicida	<ul style="list-style-type: none"> – Divulgación de la guía. – Número de acciones divulgativas de la guía. – Número de asociaciones de familias e instituciones donde se divulga la guía. – Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas.
	13) Aumentar la presencia de las familias de personas en riesgo en los procesos de atención e incorporar sus aportaciones	<ul style="list-style-type: none"> – Número de entidades que incorporan a las familias en los procesos de atención y porcentaje sobre el total. – Número de actuaciones en que se ha incorporado a la familia en la intervención del paciente en riesgo suicida y porcentaje sobre el total.

INDIVIDUO

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Personas en riesgo	14) Divulgar una guía para personas en riesgo de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> – Divulgación de la guía. – Número de acciones divulgativas de la guía. – Número de asociaciones e instituciones que divulgan la guía. – Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas.
	15) Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en migrantes	<ul style="list-style-type: none"> – Número de acciones llevadas a cabo. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones y porcentaje sobre el total. – Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total.
	16) Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en menores que hayan sido víctimas de malos tratos, abandono o abusos	<ul style="list-style-type: none"> – Número de acciones llevadas a cabo. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones y porcentaje sobre el total. – Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. – Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales.
	17) Incorporar la diversidad afectivo-sexual y de género en las acciones de prevención de la conducta suicida y de atención a personas en riesgo	<ul style="list-style-type: none"> – Número de personas LGTBIQ+ atendidas por riesgo de suicidio. – Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo suicida en el colectivo LGTBIQ+. – Número de personas, desagregado por géneros, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número de derivaciones llevadas a cabo según el servicio y la necesidad.
	18) Mejorar la prevención de la conducta suicida en personas con adicciones	<ul style="list-style-type: none"> – Número de personas con adicciones que han sido atendidas por riesgo de suicidio. – Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo suicida en personas con adicciones. – Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. – Número de derivaciones llevadas a cabo según el servicio necesario.

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Personas en riesgo (cont.)	19) Reducir y prevenir el consumo inadecuado de alcohol en personas con factores de riesgo suicida	<ul style="list-style-type: none"> – Número de personas atendidas por riesgo de suicidio con consumo inadecuado de alcohol. – Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el consumo de alcohol como factor de riesgo de la conducta suicida. – Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. – Número de derivaciones llevadas a cabo según el servicio y la necesidad.
	20) Aumentar la sensibilización y la atención a miembros de las fuerzas y los cuerpos de seguridad del Estado en posible situación de riesgo suicida	<ul style="list-style-type: none"> – Puesta en marcha y difusión del plan de promoción de la salud mental y prevención de la conducta suicida en el Cuerpo Nacional de Policía. – Elaboración y difusión de un protocolo de prevención del suicidio en las policías locales de las Islas Baleares. – Número de actividades (in)formativas y de sensibilización realizadas en las fuerzas y los cuerpos de seguridad del Estado (entre agentes, mandos, sindicatos, etc.) por medio de cursos, charlas, redes sociales, páginas web, medios de comunicación, documentación divulgativa, campañas, etc.
	21) Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en víctimas de violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> – Número de personas que han sufrido o sufren violencia de género atendidas por riesgo de suicidio. – Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo de suicidio en personas que han sufrido o sufren violencia de género. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. – Número de derivaciones llevadas a cabo según el servicio y la necesidad.
	22) Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en personas con alguna discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> – Medidas puestas en marcha para la prevención del suicidio en personas con alguna discapacidad. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo de suicidio en personas con discapacidad. – Número de personas con alguna discapacidad atendidas por riesgo de suicidio. – Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. – Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales.

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Supervivientes	23) Apoyar el asociacionismo de supervivientes al suicidio de un ser querido	<ul style="list-style-type: none"> – Número de acciones para fomentar y/o apoyar el asociacionismo de supervivientes. – Número de personas supervivientes, desagregado por sexos, a quienes las asociaciones dan apoyo.
	24) Fomentar los grupos de ayuda mutua entre supervivientes al suicidio de un ser querido	<ul style="list-style-type: none"> – Número de acciones para fomentar y/o apoyar grupos de ayuda mutua entre supervivientes. – Número de personas supervivientes, desagregado por sexos, que asisten a los grupos de ayuda mutua.
	25) Garantizar un apoyo específico y una respuesta adecuada a los supervivientes	<ul style="list-style-type: none"> – Número de centros que llevan a cabo intervenciones específicas para supervivientes de suicidio y porcentaje sobre el total. – Número de supervivientes atendidos, desagregado por sexos.
	26) Implantar técnicas de <i>defusing</i> y <i>debriefing</i> entre profesionales supervivientes al suicidio	<ul style="list-style-type: none"> – Número de centros y servicios que llevan a cabo actividades de <i>defusing</i> y <i>debriefing</i> y porcentaje sobre el total. – Número de profesionales participantes en actividades de <i>defusing</i> y <i>debriefing</i> y porcentaje sobre el total.

SISTEMAS DE ATENCIÓN

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Sistema de vigilancia, investigación y alerta epidemiológica	27) Crear un registro y un mapa de suicidios en las Islas Baleares	<ul style="list-style-type: none"> – Creación de un registro de suicidios en las Islas Baleares. – Número anual de suicidios registrados (total y por islas) – Porcentaje de suicidios registrados sobre el total. – Tasa de suicidios (total y por islas). – Elaboración del mapa de suicidios. – Informe con conclusiones y recomendaciones. – Número de lugares de riesgo alto identificados.
	28) Crear un registro de tentativas de suicidio en las Islas Baleares	<ul style="list-style-type: none"> – Creación del registro de tentativas en las Islas Baleares. – Número anual de tentativas registradas (total, por servicio y por islas). – Porcentaje anual de tentativas registradas respecto de las esperadas (literatura) (total y por servicio).
	29) Incluir y analizar el riesgo suicida en la Encuesta de Salud de las Islas Baleares	<ul style="list-style-type: none"> – Inclusión y análisis de los datos sobre ideación e intentos suicidas en la Encuesta de Salud de Islas Baleares. – Registro, seguimiento y análisis de la evolución de los datos (por islas). – Publicación y difusión de los datos recogidos.
	30) Elaborar y divulgar un informe anual de la conducta suicida en las Islas Baleares (ideación, intentos y suicidios)	<ul style="list-style-type: none"> – Análisis y seguimiento de los datos recogidos (ideación, intentos y suicidios). – Elaboración del informe anual. – Publicación y difusión del informe anual.
	31) Promover la investigación sobre la conducta suicida en las Islas Baleares	<ul style="list-style-type: none"> – Número de convocatorias en las que se prioriza la investigación en materia de conducta suicida. – Número de investigaciones financiadas. – Número de investigaciones llevadas a cabo y en desarrollo. – Número de investigaciones/pósteres que se han publicado.
	32) Hacer autopsias psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> – Número de autopsias psicológicas llevadas a cabo. – Porcentaje de suicidios con autopsia psicológica (total, por islas y por grupos prioritario de interés).

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Sistema educativo	33) Divulgar la <i>Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Número de acciones divulgativas de la Guía. – Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas. – Número de centros educativos y docentes que se han adherido a la Guía. – Número de medidas de prevención llevadas a cabo. – Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo.
	34) Divulgar el <i>Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en los centros educativos de las Islas Baleares</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Número de acciones divulgativas del Protocolo. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas. – Número de centros educativos y docentes que se han adherido al Protocolo. – Número de personas, desagregado por sexos, atendidas con el Protocolo. – Porcentaje de situaciones en que se aplica el Protocolo.
	35) Incluir la asignatura Educación Emocional en el currículo escolar	<ul style="list-style-type: none"> – Creación e implantación del programa/asignatura Educación Emocional. – Número de acciones llevadas a cabo del programa/asignatura Educación Emocional. – Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones llevadas a cabo en el programa/asignatura Educación Emocional.
	36) Desarrollar un programa de prevención de la conducta suicida en la UIB	<ul style="list-style-type: none"> – Creación e implantación del programa. – Número de acciones llevadas a cabo. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número de estudiantes que participan en estas actividades. – Número anual de personas registradas con ideación suicida. – Porcentaje anual de ideaciones registradas respecto de las esperadas (literatura). – Número de estudiantes valorados por riesgo suicida y porcentaje sobre el total.

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Sistema social	37) Desarrollar un protocolo de actuación y coordinación con las unidades de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboración y difusión del protocolo. – Número de acciones divulgativas del protocolo. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas. – Número de entidades que se han adherido al protocolo. – Número de personas, desagregado por sexos, atendidas con el protocolo. – Porcentaje de situaciones en que se aplica el protocolo. – Número de personas, desagregado por sexos, identificadas y derivadas con riesgo suicida según el protocolo.
	38) Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida en los centros de menores y de jóvenes infractores	<ul style="list-style-type: none"> – Difusión del protocolo. – Número de acciones divulgativas del protocolo. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo de suicidio en menores y jóvenes infractores. – Número de personas, desagregado por sexos, que participan en acciones divulgativas. – Número de entidades que se han adherido al protocolo. – Número y porcentaje de personas, desagregado por sexos, identificadas y derivadas con riesgo suicida según el protocolo.
	39) Mejorar la detección y el abordaje de la conducta suicida entre los menores	<ul style="list-style-type: none"> – Medidas puestas en marcha para la prevención del suicidio entre los menores. – Acciones de sensibilización social y profesional sobre el riesgo de suicidio en los menores – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número de menores atendidos por riesgo de suicidio. – Número de menores valorados por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. – Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales.
	40) Mejorar la prevención, la detección y el abordaje de la conducta suicida en la tercera edad	<ul style="list-style-type: none"> – Medidas para prevenir el suicidio en la tercera edad. – Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo de suicidio en personas de la tercera edad. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número de personas de la tercera edad atendidas por riesgo de suicidio. – Número de personas de la tercera edad, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total. – Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales.

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Sistema de atención penitenciaria	41) Mejorar la detección de casos de riesgo y la capacitación en la implantación del protocolo de prevención del suicidio	<ul style="list-style-type: none"> – Número de casos de riesgo detectados. – Número de personas atendidas en el programa de prevención. – Número de personas, desagregado por sexos, que requieren activación del protocolo y porcentaje sobre el total. – Porcentaje de situaciones en que se aplica el protocolo.
Sistema de prevención de riesgos laborales	42) Elaborar protocolos de prevención de la conducta suicida para profesiones en riesgo de conducta suicida	<ul style="list-style-type: none"> – Número de suicidios por profesión y porcentaje del total. – Elaboración del protocolo. – Difusión del protocolo. – Número de acciones divulgativas del protocolo. – Acciones de sensibilización de la conducta suicida para profesiones de riesgo llevadas a cabo. – Número de personas, desagregado por sexos, que participan en las acciones divulgativas. – Número de entidades que se han adherido al protocolo.
Emergencias	43) Elaborar e implementar un protocolo de atención telefónica de emergencias extrahospitalarias	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboración del protocolo. – Difusión del protocolo. – Número de acciones divulgativas del protocolo. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número de entidades que se han adherido al protocolo. – Número y porcentaje de personas, desagregado por sexos, identificadas y derivadas por riesgo suicida según el protocolo.
	44) Elaborar e implementar un protocolo de actuación coordinada en las emergencias por crisis suicidas	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboración del protocolo. – Difusión del protocolo. – Número de acciones divulgativas del protocolo. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Porcentaje de servicios adheridos a los protocolos. – Número de personas, desagregado por sexos, atendidas con el protocolo. – Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total.
	45) Crear un registro informatizado de intervenciones en emergencias extrahospitalarias por crisis suicidas	<ul style="list-style-type: none"> – Creación del registro. – Número anual de intervenciones registradas (total y por islas). – Porcentaje de intervenciones registradas sobre el total.

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Emergencias (cont.)	46) Crear un registro informatizado de intervenciones policiales por crisis suicidas	<ul style="list-style-type: none"> – Creación del registro. – Número anual de intervenciones registradas (total y por islas). – Porcentaje de intervenciones registradas sobre el total.
	47) Elaborar e implementar un procedimiento policial para intervenciones por crisis suicidas	<ul style="list-style-type: none"> – Creación y difusión del procedimiento. – Número de acciones divulgativas del procedimiento. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Porcentaje de entidades adheridas al procedimiento. – Número de personas, desagregado por sexos, atendidas con el procedimiento. – Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total.
	48) Crear un registro informatizado de intervenciones de los bomberos por crisis suicidas	<ul style="list-style-type: none"> – Creación del registro. – Número anual de intervenciones registradas (total y por islas). – Porcentaje de intervenciones registradas sobre el total.
	49) Elaborar e implementar un procedimiento destinado a los bomberos para intervenciones por crisis suicidas	<ul style="list-style-type: none"> – Creación y difusión del procedimiento. – Número de acciones divulgativas del procedimiento. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Porcentaje de entidades adheridas al procedimiento. – Número de personas, desagregado por sexos, atendidas con el procedimiento. – Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total.
	50) Incorporar la valoración del riesgo suicida en los teléfonos disponibles actualmente	<ul style="list-style-type: none"> – Número de teléfonos de ayuda y orientación ciudadana que han incorporado la valoración del riesgo suicida. – Número de personas, desagregado por sexos, valoradas por riesgo suicida y porcentaje sobre el total.
	51) Valorar el riesgo suicida en personas atendidas por otras emergencias	<ul style="list-style-type: none"> – Número de otras actuaciones de emergencias que han incorporado la valoración del riesgo suicida y porcentaje sobre el total. – Número de personas, desagregado por sexos, identificadas con riesgo suicida y porcentaje sobre el total. – Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales.

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Emergencias (cont.)	52) Incluir en el programa APS a personas atendidas en emergencias por riesgo de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por el 061 por riesgo de suicidio incluidas en el programa APS y porcentaje sobre el total. Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por el 112 por riesgo de suicidio incluidas en el programa APS y porcentaje sobre el total. Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por la policía local y/o la Guardia Civil por riesgo de suicidio incluidas en el programa APS y porcentaje sobre el total. Número de personas, desagregado por sexos, atendidas por los bomberos por riesgo de suicidio incluidas en el programa APS y porcentaje sobre el total.
	53) Elaborar e implementar un protocolo de posvención inmediata coordinada en emergencias	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración y difusión del protocolo. Número de acciones divulgativas del protocolo. Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. Porcentaje de servicios adheridos al protocolo. Número anual de intervenciones por protocolo (total y por islas). Porcentaje de intervenciones sobre el total.
Sistema sanitario general	54) Mejorar el tiempo de respuesta del sistema sanitario (urgencias y unidades de salud mental)	<ul style="list-style-type: none"> Establecer tiempos máximos de atención según el perfil de riesgo suicida. Número de pacientes, desagregado por sexos, atendidos según los tiempos establecidos y porcentaje sobre el total de pacientes identificados con riesgo de suicidio.
	55) Informatizar un código APS para la detección, la derivación, el seguimiento y el registro de los pacientes en riesgo atendidos en todos los niveles sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> Creación del código APS. Número de personas, desagregado por sexos, con código APS. Porcentaje de personas, desagregado por sexos, con código APS respecto al total.
	56) Hacer un seguimiento telefónico de pacientes del programa APS	<ul style="list-style-type: none"> Número de personas, desagregado por sexos, del programa APS con seguimiento telefónico. Porcentaje de personas, desagregado por sexos, del programa APS con seguimiento sobre el total de personas atendidas por crisis suicidas o riesgo de suicidio.
	57) Editar y divulgar una guía para profesionales sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> Edición y publicación de la guía. Número de acciones divulgativas de la guía. Número de profesionales que participan en las acciones divulgativas. Número de profesionales que se han adherido a la guía. Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo.

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Sistema sanitario: atención primaria	58) Incluir herramientas de detección del riesgo suicida en la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> – Inclusión de la herramienta de apoyo en la historia clínica de la atención primaria. – Número de actuaciones en que se ha utilizado la herramienta. – Número de formularios/herramientas disponibles en que se incluye la evaluación de la conducta suicida en patologías de riesgo. – Número de personas, desagregado por sexos, con patologías de riesgo identificadas con riesgo suicida y porcentaje sobre el total.
	59) Evaluar las sospechas de riesgo suicida	<ul style="list-style-type: none"> – Número de evaluaciones llevadas a cabo. – Porcentaje de casos identificados con riesgo suicida en la atención primaria (total y por islas). – Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales. – Porcentaje de personas, desagregado por sexos, detectadas y registradas sobre el total de actuaciones en la atención primaria.
Sistema sanitario: urgencias hospitalarias	60) Incorporar en la historia clínica herramientas de detección, evaluación, registro y derivación de pacientes en riesgo suicida	<ul style="list-style-type: none"> – Disponibilidad de un sistema de detección y codificación en urgencias. – Número anual de personas detectadas con riesgo de suicidio en urgencias (total, por islas y por hospitales). – Porcentaje de personas, desagregado por sexos, detectadas y registradas sobre el total de actuaciones en urgencias.
	61) Extender los protocolos del programa APS a los pacientes dados de alta en los servicios hospitalarios de urgencias	<ul style="list-style-type: none"> – Difusión del protocolo APS en las urgencias hospitalarias. – Número de acciones divulgativas del protocolo. – Porcentaje de servicios adheridos al protocolo. – Número de personas, desagregado por sexos, dadas de alta en urgencias con protocolo APS y porcentaje sobre el total. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo.
Sistema sanitario: unidades de hospitalización	62) Hacer una evaluación universal del riesgo suicida en el ingreso y en el alta de los pacientes atendidos en UHB	<ul style="list-style-type: none"> – Número de personas, desagregado por sexos, con evaluación del riesgo en el ingreso y porcentaje sobre el total. – Número de personas, desagregado por sexos, con evaluación del riesgo en el alta y porcentaje sobre el total. – Porcentaje de personas, desagregado por sexos, detectadas y registradas sobre el total de actuaciones en UHB.
	63) Protocolizar y mejorar las medidas de seguridad en las unidades de hospitalización psiquiátrica y en el ámbito hospitalario general	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboración y difusión del protocolo. – Número de acciones divulgativas del protocolo. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número de pacientes, desagregado por sexos, con protocolo de seguridad. – Porcentaje sobre el total de pacientes en riesgo suicida atendidos.

<i>Agente, objeto o sujeto de prevención</i>	<i>Medida</i>	<i>Indicadores</i>
Sistema sanitario: unidades de hospitalización (cont.)	64) Incorporar el plan de seguridad y el plan de cuidados enfermeros en las UHB	<ul style="list-style-type: none"> – Número de hospitales con plan de seguridad y cuidados enfermeros implementado y porcentaje sobre el total. – Número de pacientes, desagregado por sexos, con plan de seguridad y de cuidados enfermeros y porcentaje sobre el total.
	65) Incorporar el seguimiento de personas en riesgo suicida dadas de alta	<ul style="list-style-type: none"> – Número de personas, desagregado por sexos, con seguimiento activo tras el alta y porcentaje sobre el total. – Establecimiento de mecanismos de recordatorio y control de citas. – Número de pacientes, desagregado por sexos, que no asisten y porcentaje. – Número de contactos de seguimiento llevados a cabo.
Sistema sanitario: salud mental	66) Potenciar el programa APS	<ul style="list-style-type: none"> – Nivel de desarrollo e implantación del programa APS en cada red de salud mental. – Evolución del número de personas incluidas en el programa APS. – Número de recursos humanos vinculados al programa APS.
	67) Hacer una evaluación universal y periódica de los pacientes atendidos en los servicios ambulatorios de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> – Número de personas evaluadas en los servicios ambulatorios de salud mental y porcentaje sobre el total. – Número de personas, desagregado por sexos, identificadas con riesgo de suicidio y porcentaje sobre el total. – Porcentaje de personas, desagregado por sexos, detectadas y registradas sobre el total de actuaciones en los servicios ambulatorios de salud mental.
	68) Ofrecer servicios de psicoterapia a personas en riesgo suicida como parte importante de la intervención	<ul style="list-style-type: none"> – Número de centros que ofrecen servicios de psicoterapia y porcentaje. – Número de personas, desagregado por sexos, en riesgo de suicidio que han sido atendidas desde los servicios de psicoterapia y porcentaje sobre el total de intervenciones en los servicios ambulatorios de salud mental.
	69) Elaborar un plan de seguridad para pacientes ambulatorios en riesgo de suicidio	<ul style="list-style-type: none"> – Número de pacientes ambulatorios, desagregado por sexos, con riesgo de suicidio y con plan de seguridad y porcentaje sobre el total. – Porcentaje de pacientes ambulatorios en riesgo con y plan de seguridad que lo abandonan.
	70) Mejorar la detección de casos de riesgo en la población infantojuvenil	<ul style="list-style-type: none"> – Medidas puestas en marcha para mejorar la detección del suicidio en la población infantojuvenil. – Acciones de sensibilización social y profesional llevadas a cabo sobre el riesgo de suicidio en la población infantojuvenil. – Número y porcentaje de población infantojuvenil valorada por riesgo suicida. – Número de casos de riesgo detectados y porcentaje de personas atendidas. – Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales.

Agente, objeto o sujeto de prevención	Medida	Indicadores
Sistema sanitario: salud mental (cont.)	71) Elaborar un protocolo de actuación en las UCA en coordinación con las unidades de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboración del protocolo. – Número de acciones divulgativas del protocolo. – Número de entidades participantes y número de sesiones llevadas a cabo. – Número y porcentaje de UCA en que se aplica el protocolo. – Número de pacientes, desagregado por sexos, a los que se ha aplicado el protocolo. – Número y porcentaje de casos de riesgo detectados. – Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales.
	72) Crear canales de comunicación y derivación entre el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses y los servicios de salud mental para el abordaje de pacientes con una intervención judicial en curso	<ul style="list-style-type: none"> – Número de intervenciones judiciales en que se detecta riesgo de suicidio y porcentaje sobre el total. – Porcentaje de personas, desagregado por sexos, detectadas y registradas sobre el total de intervenciones judiciales. – Número y porcentaje de casos de riesgo derivados y atendidos por niveles asistenciales. – Número de ingresos involuntarios por riesgo de suicidio y porcentaje sobre el total.

ANEXOS

Anexo 1. Marco normativo y planificador

Ámbito internacional

Organización Mundial de la Salud y Naciones Unidas

La reducción de la mortalidad por suicidio ha sido priorizada por la OMS como un objetivo global. En mayo de 2012, la 65ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución **WHA65.4 Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país**, en la que se pidió, entre otras cosas, preparar un plan de acción integral y coordinado sobre la salud mental que abarcara los servicios, las políticas, las leyes, los planes, las estrategias y los programas para «proporcionar tratamiento, facilitar la recuperación y prevenir los trastornos mentales, promover la salud mental y habilitar a las personas con trastornos mentales para que puedan llevar una vida plena y productiva en el seno de la comunidad».¹⁷⁵

En mayo de 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el **Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020**¹⁷⁷ por medio de la resolución **WHA66.8**.¹⁷⁶ Este plan describe la prevención del suicidio como una prioridad para lograr el objetivo global de reducir un 10 % la tasa de suicidios para el año 2020. Destaca que los suicidios son un grave problema de salud pública en todo el mundo y que, haciendo los esfuerzos apropiados, los suicidios son prevenibles. La respuesta al suicidio con estrategias integrales y multisectoriales de prevención de la conducta suicida es esencial para lograr este objetivo.

En septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la **Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible**,¹⁷⁸ uno de cuyos objetivos es garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal. En concreto, se busca reducir un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles por medio de la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar para 2030. La tasa de mortalidad por suicidio es un indicador para este objetivo.

Por otra parte, la OMS define los determinantes sociales de género —uno de los principales determinantes sociales de las inequidades sanitarias— como las normas, las expectativas y las funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad a los riesgos para la salud, así como la protección contra estos, que determinan los comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria y las respuestas del sistema de salud en función del género. Integrar la perspectiva de género en la salud significa tener en cuenta las diferentes necesidades de las mujeres y los hombres en todas las fases del desarrollo de políticas y programas.

La incorporación de la perspectiva de género en la salud como estrategia transversal implica que todas las políticas tengan en cuenta las características, las necesidades y los intereses tanto de mujeres como de hombres, distinguiendo los aspectos biológicos (sexo) de las representaciones sociales (normas, roles o estereotipos) que se construyen cultural e históricamente de la feminidad y la masculinidad (género) a partir de la diferencia sexual.

Los estereotipos de género afectan al modo de enfermar y desarrollar un tipo u otro de alteración en la salud mental. Incluir la perspectiva de género en la salud mental significa tener en cuenta las diferencias en los factores de riesgo, los síntomas, el consumo de psicofármacos, el uso y la frecuentación de servicios, la farmacocinética y la farmacodinámica de los psicofármacos, la representación paritaria en la investigación, el rol de cuidador, la violencia de género, y el impacto de la salud mental de la mujer en la familia.

En este sentido, en la **Resolución de la 60ª Asamblea Mundial de la Salud**¹⁷⁹ en el documento A60/19 en relación con la incorporación del análisis y de las acciones de género en las actividades de la OMS, la Secretaría de la OMS marca unos principios rectores para asegurar que los estados miembros incorporen plenamente el análisis del papel del género y del sexo en la salud y que sirva para definir medidas apropiadas. Por lo tanto, abordar la discriminación por motivos de género es un requisito previo para la equidad sanitaria; y por lo que respecta a la integración de la perspectiva de género, la dirección y la responsabilidad última residen en los más altos niveles políticos y técnicos de la OMS. En este sentido, los programas son responsables de analizar el papel del género y del sexo en sus áreas de trabajo y de definir continuamente, en todos sus objetivos estratégicos, respuestas adecuadas y adaptadas a cada género. Además, es indispensable que mujeres y hombres participen por igual en la adopción de decisiones en todos los niveles de la OMS para que sean tenidas en cuenta sus diversas necesidades y la gestión de la actuación profesional debe incluir la supervisión y evaluación de la integración de una perspectiva de género.

Unión Europea

En 2005 tuvo lugar en Helsinki la Conferencia Ministerial de la OMS,¹⁸⁰ en la que se adoptaron la Declaración Europea de Salud Mental y el Plan de Acción para la Salud Mental. La Declaración reconoce la salud mental como aspecto fundamental para conseguir una buena calidad de vida y productividad de las personas. Asimismo, establece la importancia de desarrollar e implantar medidas para reducir las causas prevenibles de enfermedad mental, su comorbilidad asociada y el suicidio; abordar la prevención del suicidio y las causas de estrés, violencia, depresión, ansiedad, alcoholismo y trastornos debidos al consumo de otras sustancias, y poner en funcionamiento mecanismos de ayuda y asesoramiento por internet para personas en situación de crisis, que sufran violencia o estén en peligro de suicidio. Por su parte, el Plan de Acción establece como acciones prioritarias¹⁸¹ incluir la prevención del suicidio y de los problemas de salud mental en las políticas estatales; establecer los grupos de riesgo y ofrecerles programas de prevención para la depresión, la ansiedad, el estrés, el suicidio y otras áreas de riesgo, desarrollados sobre la base de sus necesidades específicas y de acuerdo con su cultura y sus antecedentes; establecer grupos de autoayuda, líneas telefónicas de ayuda y web para reducir el suicidio, enfocados especialmente a los grupos de riesgo alto; establecer políticas que reduzcan la accesibilidad a los medios necesarios para el suicidio; establecer programas educativos basados en la evidencia que se ocupen de temas como el suicidio, y concienciar al personal empleado en sectores relacionados con el cuidado de la salud respecto a sus actitudes y prejuicios hacia el suicidio y hacia los problemas de salud mental.

En 2008, la Comisión Europea suscribió el **Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar**,¹⁸² en el que se reconoce que la salud mental es un derecho humano y uno de los factores clave que determina el éxito de la Unión Europea como una sociedad y economía basadas en el conocimiento. Entre sus áreas prioritarias está la prevención del suicidio; concretamente, se insta a tomar las medidas de prevención siguientes: restringir el acceso a potenciales métodos de suicidio, tomar medidas para reducir los factores de riesgo de suicidio —como el consumo excesivo de alcohol, las drogas, la exclusión social, la depresión y el estrés— y proporcionar mecanismos de

apoyo a las personas que hayan intentado suicidarse o a las personas que hayan perdido a un ser querido por suicidio.

En 2009, la **Resolución del Parlamento Europeo**, de 19 de febrero de 2009, **sobre la Salud Mental (2008/2209(INI))**¹⁸³ pidió a los estados miembros que apliquen programas intersectoriales de prevención del suicidio, especialmente con destino a jóvenes y adolescentes, en particular que «debe garantizarse el tratamiento a las personas que han intentado suicidarse y un tratamiento psicoterápico a las familias de las personas que se han suicidado». Asimismo, les instó a «poner en marcha cursos de formación específicos para los médicos generalistas y para el personal de los servicios psiquiátricos, incluidos médicos, psicólogos y enfermeros, en materia de prevención y tratamiento de los trastornos depresivos, con el fin de mejorar el reconocimiento del riesgo de suicidio y las formas de hacerle frente».

En 2013 se promovió la **Acción Conjunta Europea por la Salud Mental y el Bienestar** con el objetivo de contribuir a la promoción de la salud mental y el bienestar, la prevención de los trastornos mentales y la mejora de la atención y de la inclusión social de las personas con trastornos mentales en Europa. Una de sus áreas de actuación es promover acciones contra la depresión y el suicidio e implementar enfoques de salud electrónica.

En 2016, sobre la base de dicha Acción Conjunta, la Unión Europea desarrolló un **marco de actuación** que pretende tener una incidencia significativa en la manera en que los estados miembros aborden los problemas de salud mental en el futuro. En relación con la prevención del suicidio les recomienda tomar medidas contra la depresión y prevenir el suicidio en diferentes grupos diana (adolescentes, adultos jóvenes, personas de mediana edad y mayores) implementando intervenciones basadas en la evidencia científica, mediando el impacto de las crisis económicas en la depresión y el suicidio (centrándose en los grupos más vulnerables), optimizando la cooperación entre profesionales y organizaciones de la sociedad civil, y promoviendo la monitorización, el control de calidad y la sostenibilidad de las acciones basadas en la evidencia científica contra la depresión y el suicidio.

Ámbito estatal

En España, la atención a la salud mental es un objetivo estratégico, por lo que se han ido promulgando leyes y decretos, aunque no se menciona la conducta suicida de forma específica.

La **Constitución de 1978**¹⁸⁴ reconoce en el artículo 43 el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública por medio de medidas preventivas y de las prestaciones y los servicios necesarios.

La **Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad**,¹⁸⁵ establece en el artículo veinte «la total equiparación del enfermo mental a las demás personas» que requieran servicios sanitarios y sociales, además de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general, cubriendo —en coordinación con los servicios sociales— los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general. En 1989 se desarrolló dicha Ley por medio del Real decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.¹⁸⁶

La **Ley 41/2002, de 14 de noviembre**,¹⁸⁷ regula los derechos y las obligaciones de los pacientes, los usuarios y los profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica. Establece que los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera y de colaborar en obtenerlos, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria; por otro lado, dicta que todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo a prestarla correctamente sino a cumplir los deberes de información y de documentación clínica y respetar las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

La **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**,¹⁸⁸ tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención, y señala expresamente la atención de la salud mental entre las prestaciones de la atención primaria y de la atención hospitalaria.

El **Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización**,¹⁸⁹ desarrolla extensamente la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de la atención primaria y de la atención hospitalaria en cuanto a la atención a la salud mental. En concreto, establece que la atención a la salud mental desde la atención primaria debe prestarse en coordinación con los servicios de atención hospitalaria y debe incluir actividades de prevención, promoción, detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales, con derivación a los servicios de salud mental en caso de que se supere la capacidad de resolución de la atención primaria. La atención a la salud mental desde la atención hospitalaria comprende las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, y las de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se presten en este nivel sanitario.

La **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia**,¹⁹⁰ garantiza la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia. La necesidad de apoyo y supervisión a personas con discapacidad intelectual o con alguna enfermedad mental debe valorarse teniendo en cuenta su capacidad para llevar a cabo por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria.

La **Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres**, en el artículo 27 establece que la formulación, el desarrollo y la evaluación de las políticas, las estrategias y los programas de salud deben integrar las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente. Asimismo, establece que es competencia de las administraciones públicas garantizar a mujeres y hombres el mismo derecho a la salud integrando de forma activa en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud el principio de igualdad de trato, de modo que se evite que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados se produzcan discriminaciones entre unas y otros.

En este caso, las administraciones públicas —mediante sus servicios de salud y los órganos competentes en cada caso— tienen que desarrollar las actuaciones siguientes de acuerdo con el principio de igualdad de oportunidades:

- Adoptar de forma sistemática, en las acciones de educación sanitaria, iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, y prevenir que sean discriminadas.
- Fomentar la investigación científica atendiendo a las diferencias entre mujeres y hombres en relación con la protección de la salud, especialmente en cuanto a la accesibilidad y al esfuerzo diagnóstico y terapéutico, en los aspectos tanto de ensayos clínicos como asistenciales.
- Tomar en consideración el acoso sexual y el acoso por razón de sexo en el marco de la protección, la promoción y la mejora de la salud laboral.
- Integrar el principio de igualdad en la formación del personal al servicio de las organizaciones sanitarias, especialmente a fin de garantizar la capacidad para detectar y atender las situaciones de violencia de género.
- Promover la presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad profesional del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- Obtener y tratar de forma desagregada por sexos —siempre que sea posible— los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica y sanitaria.

La **Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública**,¹⁹¹ establece las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible por medio de políticas, programas, servicios y actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, por las empresas y por las organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y los factores que más influyen en la salud, con el objeto de prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.

El Texto refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social¹⁹² —aprobado por medio del Real decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre— garantiza el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato y el ejercicio real y efectivo de sus derechos a las personas con alguna discapacidad en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos por medio de la promoción de la autonomía personal, la accesibilidad universal, el acceso al empleo, la inclusión en la comunidad y la vida independiente y la erradicación de toda forma de discriminación.

Por medio del **Real decreto 639/2014, de 25 de julio**,¹⁹³ se crea la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, que se integra en el tronco de psiquiatría y se establece que la formación específica de esta especialidad debe ser a cargo de las unidades docentes multiprofesionales de salud mental.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

En 2007 se elaboró la **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013**¹⁹⁴ y en 2009 se publicó la evaluación para dicho periodo. Su objetivo es mejorar la atención a la salud mental, y por ello se insta específicamente —en la línea estratégica de promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental— a llevar a cabo y evaluar acciones específicas para reducir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo, específicamente en entornos determinados, como centros docentes, instituciones penitenciarias y residencias geriátricas.

En las intervenciones dirigidas a representantes institucionales se hace referencia al papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, y a la importancia de la interacción del hábitat (ecología urbana), la educación (capital humano), las posibilidades de participación ciudadana (capital social) y las relaciones igualitarias de género y los determinantes psicosociales de género con la salud mental de la población, además de las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.

En el ámbito de actuación de las comunidades autónomas, la Estrategia establece que deben adaptarse las normas y los procedimientos internos para fomentar la integración y reducir el estigma y la discriminación de las personas con algún trastorno mental y sus familias, fundamentalmente en los reglamentos de régimen interno de los dispositivos relacionados con la atención sanitaria. Esa adaptación ha de incorporar el enfoque transversal de género y adecuar sus textos al lenguaje no sexista.

Posteriormente, en abril de 2016, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud rechazó la actualización de la Estrategia que instaba a mejorar el abordaje y la detección del riesgo suicida en la atención primaria, a implantar el código de riesgo de suicidio en todo el Sistema Nacional de Salud y a atender a los cuidadores, a los familiares y allegados de las personas que habían fallecido por suicidio.¹⁹⁵

No obstante, en noviembre de 2017 la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó una proposición no de ley presentada por el Grupo Parlamentario Socialista relativa a la actualización de la Estrategia el período 2017-2022 que estuviera en condiciones de ser aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud bajo principios de universalidad, equidad, eficiencia, solidaridad e integración.¹⁹⁶

Finalmente, en 2018 se constituyó un grupo de expertos para hacer un nuevo trabajo de evaluación y actualización de la Estrategia para el periodo 2019-2024, que se preveía que podría ser aprobada por el Consejo Interterritorial en 2019, pero de momento no se conoce su resultado.

Estrategia de Prevención del Suicidio en el Sistema Nacional de Salud

Actualmente no existe como tal un plan o una estrategia de ámbito estatal para la prevención del suicidio. Sin embargo, en 2017 salió adelante una proposición no de ley del Grupo Parlamentario Mixto del Congreso de los Diputados —a instancia de los diputados de Unión del Pueblo Navarro (UPN)— relativa a la creación de un plan de prevención contra el suicidio.¹⁹⁷

Como resultado, en 2018 el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social anunció la intención de desarrollar una estrategia de prevención del suicidio en el Sistema Nacional de Salud, pero a causa de la sustitución de la responsable de dicho Ministerio se abandonó esta iniciativa.

En septiembre de 2019, la nueva ministra de Sanidad comunicó que se está trabajando en una línea estratégica que permita el abordaje integral de la prevención de la conducta suicida en España incluida dentro de la Estrategia de Salud Mental 2019-2024.

Islas Baleares

En 1998, el Parlamento de las Islas Baleares aprobó el **Plan Autonómico de Salud Mental de 1998**, en el que se formularon las líneas fundamentales para adoptar el modelo comunitario y adaptar los recursos y los servicios disponibles en ese momento en las Islas Baleares al nuevo marco de asistencia.

El **26 de abril de 2000** se creó el **Comité Técnico de Salud Mental**, cuya función era asesorar sobre el desarrollo del Plan. La presidencia fue asumida por el coordinador autonómico de Salud Mental, y se crearon varias subcomisiones que integraban a profesionales de distintas administraciones y se elaboraron documentos como el *Protocolo de Actuaciones para la Asistencia Sanitaria Involuntaria de los Enfermos Mentales en las Islas Baleares* (2001), la *Guía de Recursos de Salud Mental de las Islas Baleares* (2001) y las *Recomendaciones para la Asistencia en la Salud Mental* (2001).

Por medio del **Decreto 37/2001, de 9 de marzo**,¹⁹⁸ se creó el Foro de la Salud Mental de las Islas Baleares como órgano de naturaleza colegiada y carácter consultivo, adscrito a la consejería competente en materia de salud mental, cuyo fin es la participación y la consulta de todas las instituciones y entidades implicadas en la salud mental en el ámbito de las Islas Baleares. Entre sus funciones está formular las propuestas, las recomendaciones y las preguntas sobre cualquier aspecto relacionado con la salud mental.

En **enero de 2002**, la Consejería de Salud y Consumo asumió la transferencia del Estado de las competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y desde entonces el Servicio de Salud de las Islas Baleares es el órgano gestor de toda la atención de la salud. El coordinador autonómico de Salud Mental se integró en la estructura organizativa del Servicio de Salud como subdirector de Asistencia de Salud Mental.

El **Decreto 99/2002, de 30 de julio**,¹⁹⁹ establece en el ámbito de las Islas Baleares las directrices generales de actuación en materia de salud mental fijando el modelo de atención y regulando los diferentes recursos dirigidos a la promoción y la protección de la salud mental, a la prevención de las enfermedades mentales, y a la asistencia, la rehabilitación y la integración sociolaboral de las personas con problemas de salud mental.

En **noviembre de 2003** se nombró al coordinador autonómico de Salud Mental y en **febrero de 2004** se nombró por primera vez a los coordinadores de las seis áreas de salud mental de entonces.

Por medio de la **Orden de 7 de mayo de 2004 de la consejera de Salud i Consumo**²⁰⁰ se regulan la Comisión Institucional y el Comité Técnico de Salud Mental de las Islas Baleares. La Comisión Institucional de Salud Mental, adscrita a la Consejería de Salud y Consumo, tiene como funciones básicas la coordinación de las competencias en materia de salud mental de las distintas administraciones que la integran, la formulación de planes de actuación conjuntos y de programas rectores de la política en materia de salud mental de dichas administraciones, y la organización de campañas conjuntas, sobre todo en materia de prevención, rehabilitación y reinserción. Igualmente tiene las funciones de formularles propuestas y unificar criterios diagnósticos que permitan hacer estudios clínico-epidemiológicos.

Por medio de la **Orden de 10 de mayo de 2004 de la consejera de Salud y Consumo**²⁰¹ se crea el Consejo Asesor de Salud Mental como un órgano de naturaleza colegiada y carácter consultivo, adscrito a la Consejería de Salud y Consumo, que tiene como funciones la asesoría y la orientación técnica y científica en todo lo que se refiera a la prevención, la promoción de la salud, la educación sanitaria, los aspectos clínicos de diagnóstico y tratamiento, la formación continuada, la investigación, la rehabilitación y cualquier otra actividad que la Consejería le encomiende para avanzar en la lucha contra los trastornos mentales.

En **septiembre de 2004** se constituyó el Comité Técnico de Salud Mental, presidido por el coordinador autonómico de Salud Mental y formado por un técnico de la Dirección General de Salud Pública y Participación, un técnico designado por cada uno de los consejos insulares, dos técnicos de Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA, actualmente extinta) y tres técnicos del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

En **marzo de 2005**, la Consejería de Salud y Consumo modificó la mencionada Orden de 10 de mayo de 2004 para que las asociaciones de familiares y enfermos mentales pudiesen formar parte del Consejo Asesor y así contar con su opinión en la toma de decisiones. Sus funciones son asesorar y colaborar en la planificación de la política en materia de salud mental formulando sugerencias y recomendaciones, sobre todo en cuanto a la atención de la salud mental, y cualquier actividad para mejorar la calidad de vida y la atención a las personas con trastornos mentales.

En **mayo de 2005**, el Parlamento de las Islas Baleares aprobó una proposición no de ley relativa al modelo comunitario de salud mental en la que insta al Gobierno de las Islas Baleares a potenciar las unidades de salud mental, ubicar todas las unidades de hospitalización breve de psiquiatría en hospitales generales, potenciar los recursos hospitalarios y comunitarios para la rehabilitación psicosocial de las personas con algún trastorno mental grave, potenciar la coordinación con la atención primaria, las consejerías competentes en materia de servicios sociales y trabajo, asociaciones, etc., y con todas las entidades implicadas en la salud mental.

En **octubre de 2005** se presentó la *Guía de Recursos y Situación de la Red de Salud Mental de las Islas Baleares*, elaborada por el Servicio de Salud de las Islas Baleares y la Consejería de Salud y Consumo en colaboración con el Instituto de Servicios Sociales y Deporte del Consejo de Mallorca y los consejos insulares de Menorca y de Ibiza y Formentera.

Por medio de la **Orden de 23 de enero de 2006 de la consejera de Salud y Consumo**²⁰² se modificó la mencionada Orden de 7 de mayo de 2004 y se cambió la composición de la Comisión Institucional de Salud Mental de las Islas Baleares, que quedó compuesta por los miembros siguientes:

- El titular de la consejería de Salud y Consumo, como presidente.
- El titular de la Dirección General de Salud Pública y Participación.
- El titular de la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares o del órgano directivo que se establezca.
- Un vocal designado por cada uno de los consejos insulares.
- El coordinador autonómico de Salud Mental, como secretario con voz, pero sin voto.
- El titular de la Dirección Gerencia de Gestión Sanitaria de Mallorca.
- El titular de la Dirección General de Servicios Sociales.

En **2006** se presentó la **Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares**,²⁰³ que tenía como objetivos principales reafirmar el modelo comunitario, dotar a las Islas Baleares de medios y recursos adecuados para garantizar una atención de calidad, asegurar una atención integral con un abordaje biopsicosocial, procurar evitar la aparición y la cronicidad de los trastornos e intentar conseguir la reinserción plena de la persona en la sociedad.

En **2010** se creó el **Instituto Balear para la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia** (IBSMIA) como unidad de gestión clínica que integra bajo una dependencia funcional única todos los dispositivos sanitarios públicos que ofrecen servicios a menores de dieciocho años afectados por algún trastorno mental grave. El IBSMIA dispone de cinco unidades comunitarias de consultas externas, un hospital de día y una unidad de hospitalización breve. Su misión es ofrecer un tratamiento eficaz, efectivo y eficiente a todos los niños y jóvenes de las Islas Baleares menores de dieciocho años que sufran algún trastorno mental grave.

En **octubre de 2011** se presentó una nueva edición de la *Guía de Recursos y Situación de la Red de Salud Mental de las Islas Baleares*, elaborada por el Servicio de Salud de las Islas Baleares y la Consejería de Salud y Consumo, en la que se actualizaron la nómina de recursos disponibles y la información relativa a la sectorización establecida en el Decreto de ordenación de la salud mental de las Islas Baleares de 2002, a causa de los cambios acaecidos en el ámbito sanitario en todos esos años. La Red de Salud Mental de las Islas Baleares quedó dividida en seis áreas de salud mental general de adultos, un área de rehabilitación y una unidad de gestión clínica, encargada de la atención infantojuvenil.

Por medio del **Decreto 7/2016, de 12 de febrero**, se reguló el acceso al servicio ocupacional para personas con discapacidad por algún trastorno mental grave y la gestión de la lista de espera de las plazas de dicho servicio. Los servicios ocupacionales para personas con discapacidad intelectual o discapacidad psíquica o para personas con discapacidad por algún trastorno mental grave son definidos como los servicios de atención diurna que dan apoyo a las personas con discapacidad que necesitan organización, supervisión y asistencia en las actividades de la vida diaria, y también apoyo en el proceso de adquisición y desarrollo de habilidades básicas y adaptativas personales, sociales y prelaborales, para que puedan alcanzar —dentro de las posibilidades de cada persona— la máxima integración sociolaboral.²⁰⁴

La **Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres**,²⁰⁵ establece en el artículo 47 que las administraciones públicas de las Islas Baleares deben promover la aplicación de la transversalización de género en las políticas de salud e impulsar políticas específicas de salud de las mujeres. Todas las actuaciones asistenciales, los diagnósticos, los tratamientos y los planes de acción comunitaria, de investigación y de docencia en el ámbito de la salud deben incluir el principio de igualdad entre mujeres y hombres y las diferencias de sexo y género. Asimismo —igual que la Ley orgánica 3/2007—, dispone que es competencia de las administraciones públicas garantizar a mujeres y hombres el mismo derecho a la salud integrando de forma activa en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud el principio de igualdad de trato, de modo que se evite que por diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados se produzcan discriminaciones entre unas y otros. Además, la formulación, el desarrollo y la evaluación de las políticas, las estrategias y los programas de salud deben integrar las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente. Por otro lado, establece que es función de la Administración sanitaria de las Islas Baleares garantizar la coordinación autonómica de salud y género y promover el diseño de un plan integral y participativo que defina las acciones que deben desarrollarse para impulsar la transversalización de género en todas las políticas y las acciones que se lleven a cabo.

Adicionalmente, en el artículo 48 («Formación, promoción y sensibilización») determina que la Administración sanitaria tiene que adoptar las medidas necesarias para incluir la perspectiva de género en materia de salud en los planes de formación inicial y continuada del personal sanitario, impulsar la sensibilización y la formación del personal técnico y de gestión de los servicios sociosanitarios para integrar la perspectiva de género en su tarea profesional e integrar el principio de igualdad entre mujeres y hombres y la perspectiva de género en todos sus programas de promoción de la salud en los ámbitos educativo, laboral y comunitario.

Finalmente, cabe destacar que en el artículo 49 («Investigaciones») se establece que debe impulsarse la inclusión de la perspectiva de género en todas las investigaciones y el desarrollo de investigaciones específicas sobre las desigualdades de género en materia de salud. Según el mismo artículo, la Administración sanitaria, la Universidad de las Islas Baleares y el resto del sistema de investigación de las Islas Baleares tienen que favorecer la investigación, la producción, la publicación y la difusión de información sobre la influencia del género en la salud; por este motivo, la Administración sanitaria ha de garantizar que los sistemas de información sanitaria recojan sistemáticamente información desglosada por sexo y edad y analicen los datos en relación con los condicionantes de género. Además, en coordinación —si procede— con la Administración laboral, ha de promover la investigación sobre las causas, los factores asociados, los medios diagnósticos y los tratamientos de las patologías de prevalencia alta en las mujeres, teniendo en cuenta los condicionantes de género. Finalmente, debe incorporarse la perspectiva de género y de las mujeres en los sistemas de información sanitaria, y las encuestas de salud también han de introducir indicadores de salud sensibles a la detección de desigualdades y que prevean la diversidad de las mujeres.

Por medio del **Decreto 66/2016, de 18 de noviembre**,²⁰⁶ se aprobó la cartera básica de los servicios sociales de las Islas Baleares y se definió el conjunto de servicios y prestaciones del sistema público de servicios sociales aplicable al conjunto de las Islas Baleares:

- Prestaciones de los servicios sociales comunitarios básicos:
 - Servicio de información, valoración, asesoramiento, intervención y derivación.
 - Servicio de ayuda a domicilio.
 - Servicio de alojamiento alternativo.
 - Servicio de teleasistencia/telealarma.
 - Servicio de mediación intercultural, domiciliación y empadronamiento.
- Prestaciones de los servicios sociales comunitarios y servicios sociales especializados:
 - Prestaciones para menores y jóvenes infractores.
 - Prestaciones para menores y familias.
 - Prestaciones para personas con alguna discapacidad.
 - Prestaciones para personas en situación de dependencia.
 - Prestaciones para personas con diagnóstico de salud mental y necesidad de apoyo extenso.
 - Servicios para personas incapacitadas judicialmente.
- Prestaciones económicas:
 - Renta mínima de inserción.
 - Pensión no contributiva por jubilación.
 - Pensión no contributiva por invalidez.
 - Complemento para titulares de pensiones no contributivas que residen en una vivienda alquilada.

- Ayuda económica individual para sufragar los gastos y la asistencia a personas mayores en régimen de acogida.
- Prestación económica vinculada al servicio para personas en situación de dependencia.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales.
- Prestación económica de asistente personal para personas en situación de dependencia.
- Prestación económica para mujeres víctimas de violencia de género.
- Renta social garantizada.
- Renta de emancipación para jóvenes que han estado bajo medidas judiciales.
- Renta de emancipación para jóvenes que han estado bajo medidas administrativas de protección.
- Ayudas para menores víctimas de la violencia machista o conyugal.
- Prestaciones económicas para la cobertura de las necesidades básicas.
- Prestaciones de las personas con discapacidad y su inclusión social.

El **Plan Estratégico de la Consejería de Salud de las Islas Baleares 2016-2020**²⁰⁷ estableció las líneas de acción para promover la salud de la ciudadanía, prevenir la enfermedad y garantizar una atención integral y de calidad a los enfermos. Concretamente, por un lado define la necesidad de desarrollar un nuevo plan de salud mental que apueste por un modelo comunitario que, entre sus prioridades, establezca sinergia con los servicios sociales y asegure la implicación de los pacientes y de las asociaciones a la hora de implantar los objetivos en materia de salud mental, y, por otro lado, incluir los centros de atención a las drogodependencias en la red de salud mental y mejorar la atención a los problemas de salud mental infantojuvenil.

En el **Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022**²⁰⁸ se consideró fundamental crear el Observatorio del Suicidio y, como parte del objetivo de la línea estratégica de prevención de los trastornos mentales, elaborar un plan de prevención del suicidio, con cinco objetivos específicos:

- Diseñar un sistema de vigilancia epidemiológica del suicidio y de la conducta suicida.
- Desarrollar programas formativos destinados a la prevención del suicidio dirigidos a profesionales implicados en la detección y en la atención al riesgo suicida en la población en general y en los grupos de riesgo.
- Reducir el acceso a medios letales por medio de medidas encaminadas a evitar que los pacientes en riesgo suicida acumulen medicación indebidamente.
- Fomentar que los medios de comunicación aborden adecuadamente las noticias relacionadas con conductas suicidas y con suicidios consumados por medio de cuñas publicitarias; Teléfono de la Esperanza para niños, adolescentes y adultos; atención al acoso escolar; atención a las víctimas de violencia de género; colectivo LGTBI, etc.
- Fomentar la investigación de la conducta suicida y del acoso a menores, destacando la importancia de la investigación dirigida al estudio tanto de las bases biológicas y genéticas de la conducta suicida como de los aspectos sociales y psicológicos que concurren en los pacientes en riesgo suicida.

En **diciembre de 2017**, como parte de las acciones del Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022, se creó el **Observatorio del Suicidio**, integrado en el Servicio de Salud de las Islas Baleares.

En **julio de 2018**, como parte de las acciones del Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022, se creó la **Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares (OSMIB)**, también en el seno del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

Anexo 2. Epidemiología de la conducta suicida

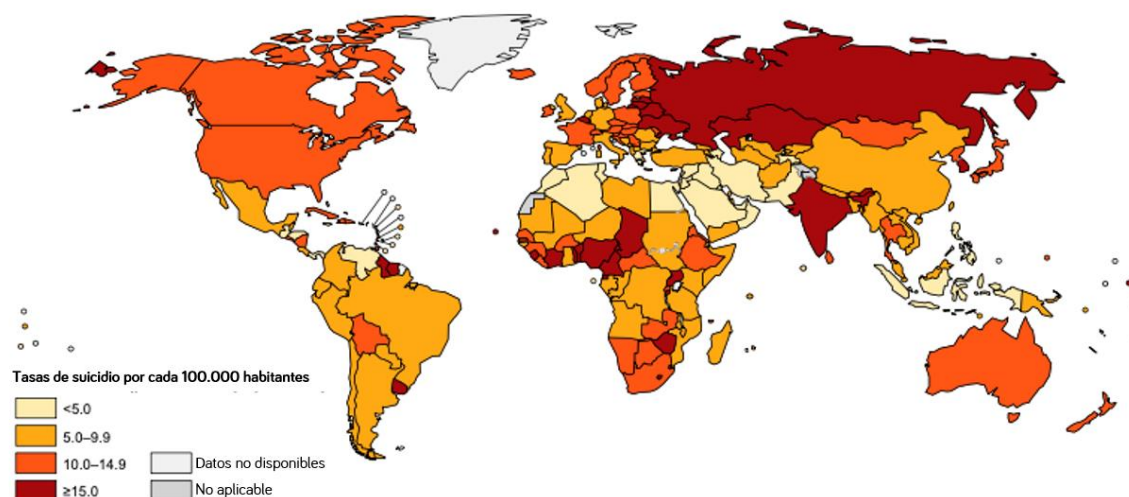
Conducta suicida en el mundo

El suicidio en el mundo

El suicidio es un grave problema de salud pública de alcance mundial: el número de muertes por suicidio aumentó un 6,7 % entre 1990 y 2016, hasta un total de 817.000 muertes en 2016, aunque la tasa de mortalidad por suicidio estandarizada por edad ha descendido un 32,7 %.²⁰⁹ En 2016, el suicidio representó el 1,4 % del número total de defunciones y el 56 % de todas las muertes violentas en todo el mundo (50 % entre hombres y 71 % entre mujeres).²¹⁰ El suicidio fue una de las diez principales causas de pérdida de años de vida estandarizados por edad en los estados de ingresos altos; globalmente se estimó una tasa estandarizada de años de vida perdidos de 458,4 por 100.000, lo que se traduce en el 2,18 % del total de años de vida perdidos en ese año.²⁰⁹

La OMS estima que cerca de ochocientas mil personas se quitan la vida cada año.²¹¹ Ello indica una tasa mundial de suicidio de 10,5 muertes por cada 100.000 habitantes. Esta tasa es algo más alta en los estados de ingresos altos que en los de ingresos bajos (11,5 y 10,8 por cada 100.000 habitantes, respectivamente). Sin embargo, dado que la proporción de la población mundial que reside en los estados de ingresos bajos y medianos es mucho mayor, el 79 % de los suicidios en el mundo se registra en estos estados.²¹²

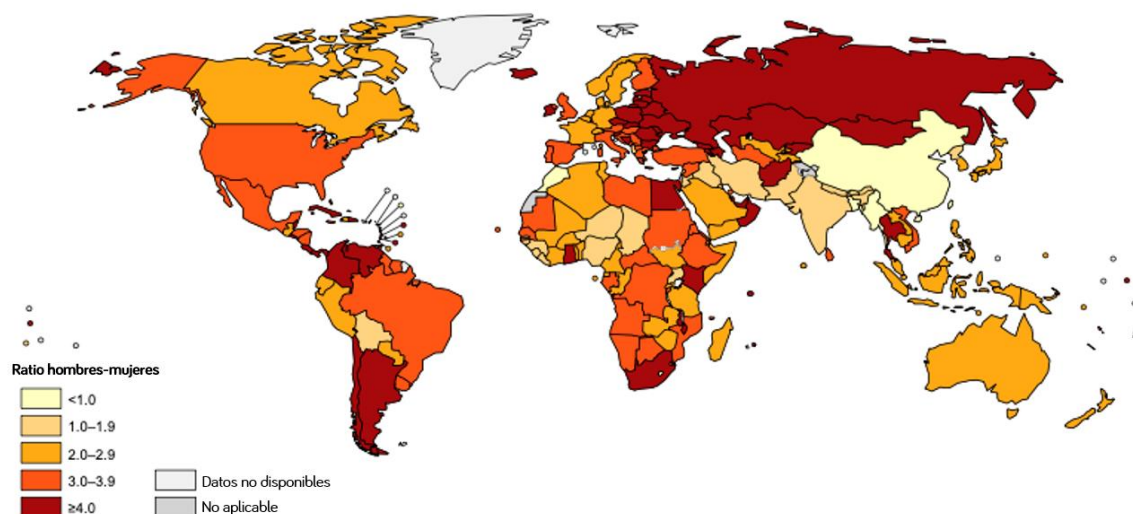
Ilustración 2. Tasas de suicidio por cada 100.00 habitantes (ambos sexos) en 2016



Fuente: OMS, 2016

Las tasas de suicidio varían según el sexo, pues son considerablemente más altas entre los hombres, casi el doble que entre las mujeres (13,7 y 7,5 por cada 100.000 habitantes, respectivamente). En los estados con ingresos más altos estas tasas son tres veces mayores. Las tasas más altas se presentan entre los hombres de estados de ingresos altos (17,2 por cada 100.000 habitantes) y entre las mujeres de estados de ingresos medianos y bajos (9,1 por cada 100.000 habitantes). Los únicos estados donde se estimó que la tasa de suicidios era más alta en mujeres que en hombres fueron Bangladés, China, Lesoto, Marruecos y Birmania.²¹³

Ilustración 3. Ratios de suicidio hombres-mujeres estandarizadas por edad (2016)



Fuente: OMS, 2016

En cuanto a la edad, aunque las tasas de suicidio son más altas entre las personas mayores de 70 años, más de la mitad (52,1 %) de los suicidios en 2016 fueron cometidos por personas de menos de 45 años.²¹³ El suicidio fue la segunda causa principal de muerte entre los 15 y los 29 años en ambos sexos (después de los accidentes de tráfico) y representó el 8,06 % del total de defunciones en todo el mundo y el 17,6 % en los estados de ingresos altos.²¹² Entre las personas de 15 a 19 años, el suicidio fue la tercera causa de muerte, si bien fue la segunda causa principal entre las mujeres (después de la mortalidad materna) y la tercera entre los hombres (después de los accidentes de tráfico y la violencia interpersonal).

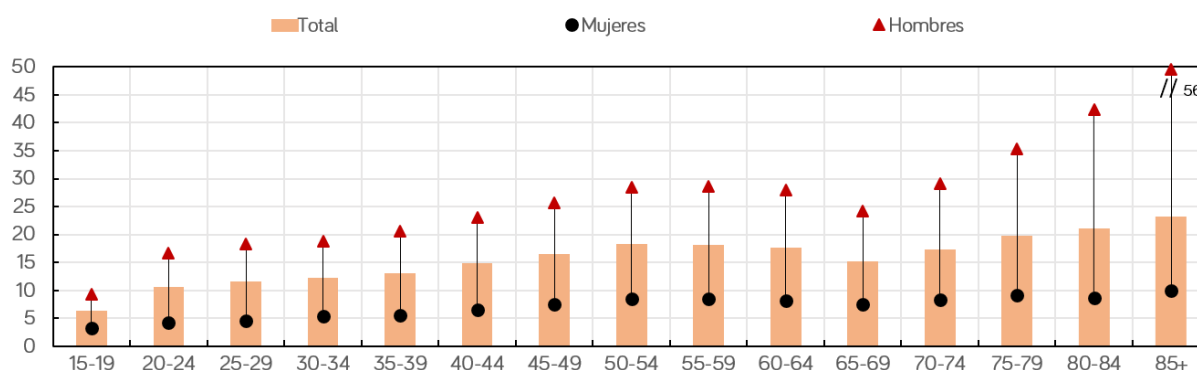
Respecto al método, se estima que el 20 % de los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas en las zonas rurales agrícolas de los estados de ingresos bajos y medianos.²¹⁴ En los estados de ingresos altos, el ahorcamiento es el método habitual en el 50 % de los suicidios y las armas de fuego son el segundo método más frecuente (18 %).²¹⁰

Considerando únicamente los estados que forman la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), en 2016 se registraron 152.000 muertes por suicidio, es decir, 12 suicidios por cada 100.000 habitantes.²¹⁵ Las tasas de suicidio más altas se registraron en Lituania, Corea, Letonia y Eslovenia, con cifras significativamente altas: 26,7, 25,8, 18,1 y 18,1 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Las tasas más bajas se registraron en Turquía, Grecia e Israel, con una tasa inferior a 5 muertes por cada 100.000 habitantes.²¹⁶

Las tasas de mortalidad por suicidio son de tres a cuatro veces más altas entre los hombres que entre las mujeres en los estados de la OCDE. En Islandia y Polonia, los hombres tienen al menos siete veces más probabilidades de suicidarse que las mujeres. Si bien la diferencia entre sexos es menor en los Países Bajos, Noruega y Suecia, las tasas de suicidio masculino siguen siendo al menos dos veces más altas que las de suicidio femenino.²¹⁵

El riesgo de suicidio es mayor en las personas de más de 70 años, con un promedio de 20 casos por cada 100.000 habitantes. Las diferencias en las tasas de suicidio entre hombres y mujeres se vuelven particularmente importantes a partir de los 80 años, y son cinco veces mayores entre los hombres que entre las mujeres (Gráfico 22). En algunos estados, como Estonia, Islandia y Nueva Zelanda, son llamativamente altas las tasas de suicidio entre menores de 30 años, con 15 o más suicidios por cada 100.000 habitantes.²¹⁵

Gráfico 22. Tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes, por edad y sexo, en estados de la OCDE (2016)



Fuente: OCDE

Tentativas e ideación suicida

Se calcula que por cada suicidio cometido probablemente haya habido más de veinte intentos de suicidio,²¹⁰ pero entre cien y doscientos en jóvenes menores de 25 años.²¹⁷ Según datos de la encuesta de salud mental de la OMS que se hizo en veintidós estados entre 2001 y 2007 (entre los que está España), se estimó que la prevalencia de los intentos en un año estuvo entre el 0,3 % y el 0,4 %, ²¹⁸ aproximadamente, y que fue del 3 % a lo largo de la vida.²¹⁹

Respecto a la ideación, este mismo estudio identificó que la prevalencia en un año fue del 2 %, ²¹⁸ aproximadamente, y del 9 % durante toda la vida.²¹⁹ Además, se encontró que, entre las personas con historial de ideación de suicidio, la probabilidad de planificarlo fue del 33 % y del 30 % la de hacer una tentativa. Entre las que tenían historial de ideación y un plan, la probabilidad de un intento de suicidio fue del 55 %, mientras que entre las que no tenían plan, pero sí ideación, la probabilidad de un intento de suicidio fue solo del 15 %. Aproximadamente en el 60 % de las personas la transición entre ideación, planificación e intento ocurrió durante el primer año.²¹⁸

En el ámbito educativo, la Iniciativa Mundial de Salud Mental para Estudiantes Universitarios de la OMS (WMH-ICS, por la denominación en inglés, *WHO World Mental Health International College Student Initiative*), que hizo una encuesta a 13.984 estudiantes de ocho estados (entre los que está España), encontró que la prevalencia de ideación e intentos entre estudiantes universitarios del primer año en los últimos doce meses fue del 17,2 % y del 1,0 %, y a lo largo de la vida fue del 32,7 % y del 4,3 %, respectivamente.²²⁰

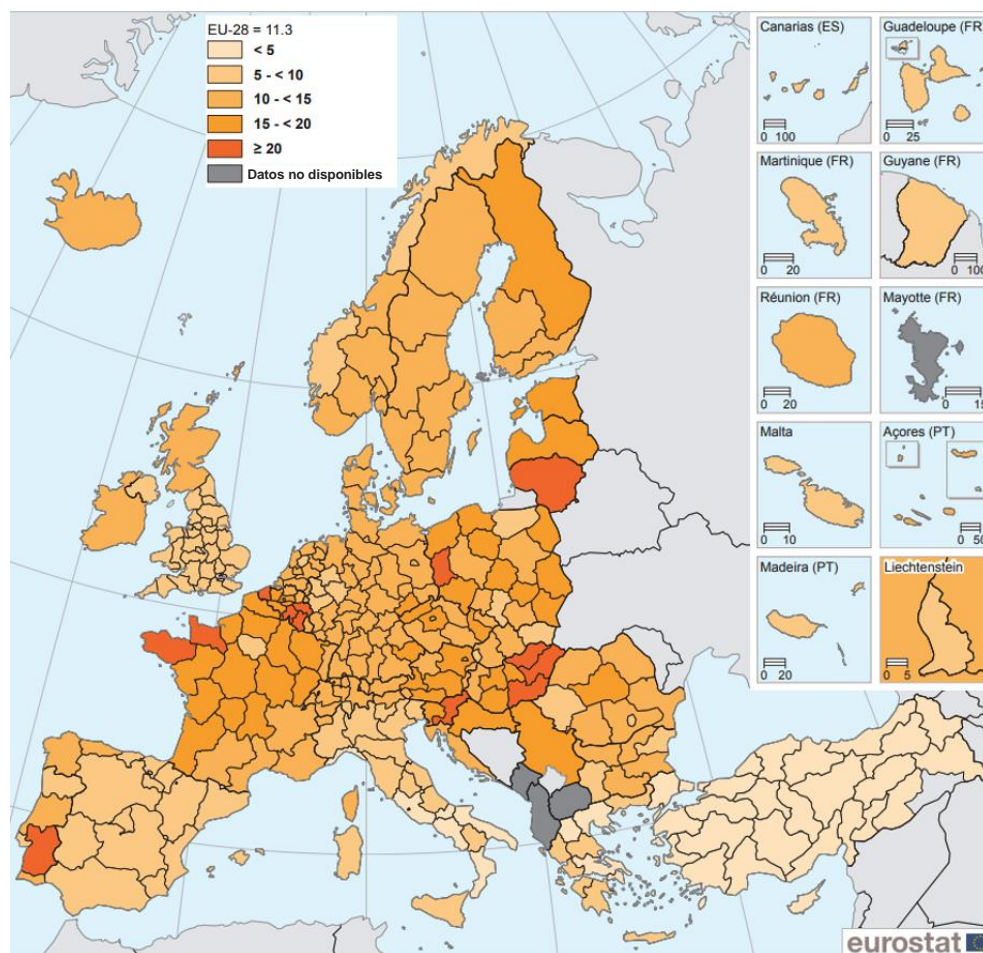
Conducta suicida en la Unión Europea

El suicidio en la Unión Europea

En 2016 se estimó que más de una de cada seis personas en los estados de la Unión Europea tenía un problema de salud mental, lo que equivale a unos 84 millones de personas. En 2015, de las 84.000 muertes relacionadas directamente con problemas de salud mental, 43.000 fueron debidas a suicidio entre los hombres y 13.000 entre las mujeres.²²¹ Según la OMS, la tasa de suicidio estandarizada por edad en la Unión Europea fue de 12,9 suicidios por cada 100.000 habitantes, y fue significativamente más alta entre los hombres (21,2 de cada 100.000).²²²

Por estados, la tasa de suicidios estandarizada es, con diferencia, más alta en Lituania (30 muertes por cada 100.000 habitantes), seguida de estados como Eslovenia, Letonia y Hungría, con 20 muertes por cada 100.000 habitantes, que son casi dos y tres veces mayores que el promedio de la Unión Europea (11,3 suicidios por cada 100.000 habitantes). Las tasas más bajas se registran en los estados del sur de Europa (Grecia, Chipre, Italia, Malta y España)²²³ (Ilustración 4). De media en todos los estados, la tasa de suicidios entre los hombres fue 3,7 veces mayor que entre las mujeres. Esta diferencia entre sexos fue mayor en los cuatro estados con la tasa más alta, pero también en Estonia, Polonia y Rumania²²¹ (Gráfico 23).

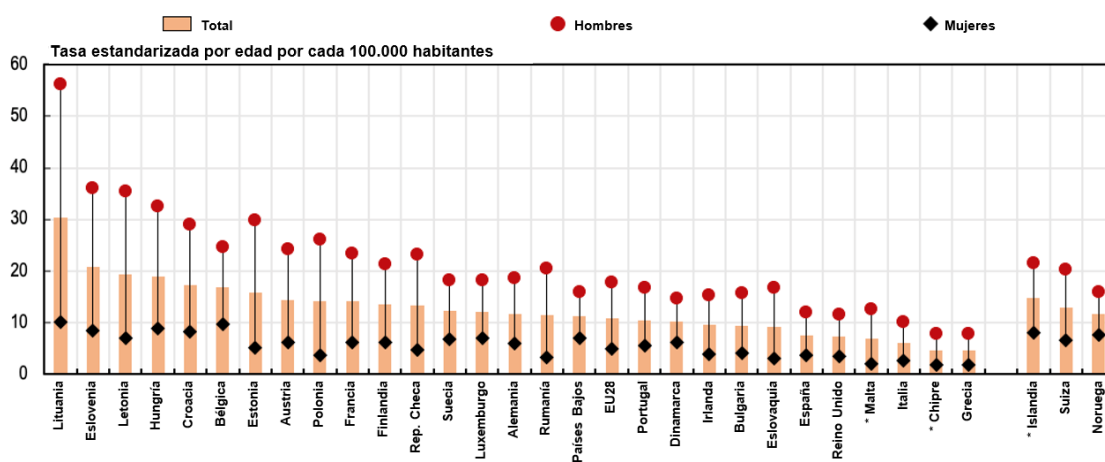
Ilustración 4. Tasas de suicidio estandarizadas en la Unión Europea por cada 100.000 habitantes (2013-2015)



Fuente: Eurostat

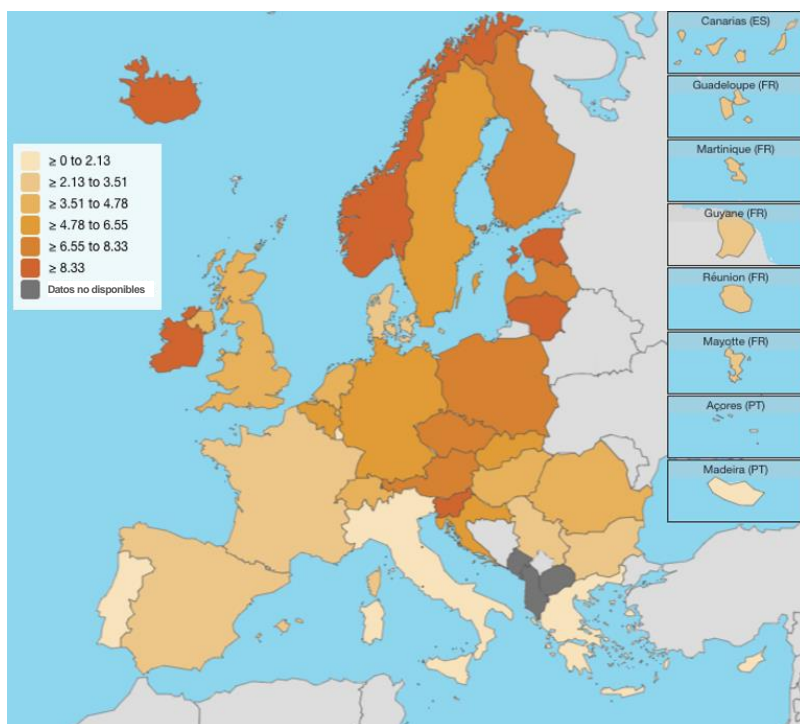
Al considerar la edad, se ha observado que el número de suicidios aumenta con la edad entre hombres y mujeres, y alcanza un pico entre los 45 y los 64 años. En cambio, entre los 65 y los 74 años el número de suicidios disminuye ligeramente. Por otro lado, entre los grupos de edad más jóvenes, el suicidio es una de las principales causas de muerte entre adolescentes y adultos jóvenes: unos 3.400 jóvenes de 15 a 24 años murieron por suicidio en 2015, lo que hizo que esta fuese la principal causa de muerte en este grupo de edad, después de los accidentes de tráfico (Ilustración 5). Sin embargo, es alentador observar que las tasas de suicidio entre los adolescentes disminuyeron un 20 %, de media, en los estados de la Unión Europea entre 2000 y 2015 gracias a las campañas de prevención del suicidio dirigidas a este grupo de edad.²²¹

Gráfico 23. Tasas estandarizadas de suicidio por cada 100.000 habitantes en la Unión Europea (2016)



* Promedio de tres años (2013-2015). Fuente: Eurostat.

Ilustración 5. Tasas brutas de suicidio por cada 100.000 habitantes jóvenes, entre 15 y 19 años (2015)



Fuente: Eurostat



Tentativas e ideación suicida

Respecto a la prevalencia de la ideación suicida y los intentos de suicidio, el estudio ESEMeD estimó una media de 7,8 % para la ideación suicida y de 1,3 % para los intentos de suicidio en la población europea a lo largo de toda la vida. En este estudio se concluye que es más frecuente entre las mujeres, en edades más jóvenes y en personas que viven en grandes áreas urbanas.²²⁴ De hecho, en Francia, según datos del Observatorio del Suicidio de 2018, se registró que mientras que las tasas de suicidio son tres veces mayores entre los hombres, las tasas de alta hospitalaria por intentos de suicidio fueron un 52 % mayores entre las mujeres.

El estudio ESEMeD también halló diferencias entre los estados participantes: la ideación fue más frecuente entre los participantes de Francia (12,4 %), seguidos de los de Alemania (9,8 %), Bélgica (8,4 %), los Países Bajos (8,2 %), España (4,4 %) e Italia (3,0 %). Los intentos de suicidio fueron nuevamente más frecuentes entre los participantes de Francia (3,4 %), seguidos de los de Bélgica (2,5 %), los Países Bajos (2,3 %), Alemania (1,7 %), España (1,5 %) e Italia (0,5 %).²²⁵ Además, las tasas fueron mayores entre las personas con algún trastorno mental (especialmente el trastorno depresivo mayor): alrededor del 30 % en la de ideación y del 10 % en la tentativa suicida.²²⁶

Conducta suicida en España

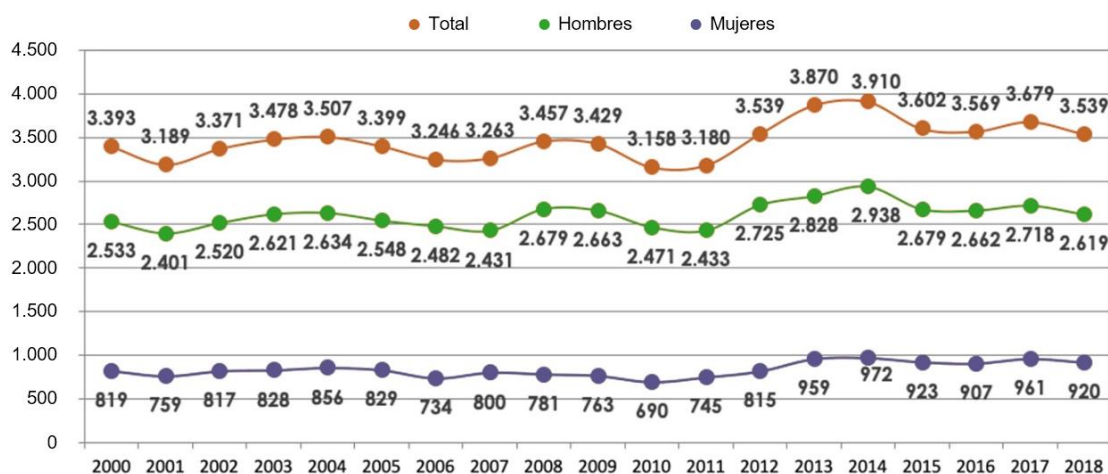
El suicidio en España

En 2018 se produjeron en España 3.539 muertes por suicidio (el 74 % entre los hombres). El suicidio se consolidó como la primera causa de muerte externa y supuso casi el doble de las 1.896 víctimas mortales producidas por accidentes de tráfico ese mismo año, lo que representa una media de casi diez suicidios al día y un suicidio cada dos horas y media. Si se contrasta con los casos de 2014, el número total de muertes por suicidio disminuyó un 9,5 %, una tendencia que fue más acusada entre los hombres (10,9 %) que entre las mujeres (5,4 %), aunque todavía se registraron cifras de más de 2.600 casos al año entre los hombres y más de 900 casos entre las mujeres (Gráfico 24).

Analizando los casos en función de la edad, se evidencia que el mayor número de suicidios —tanto de hombres como de mujeres— se registró en el rango de los 40 a los 59 años y representó el 41 % del total de muertes por esta causa en 2018. Entre los jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio se situó como la tercera causa de muerte —por detrás de los accidentes de tráfico y los tumores— y fue responsable del 14 % de las muertes de ese año en esta franja de edad.

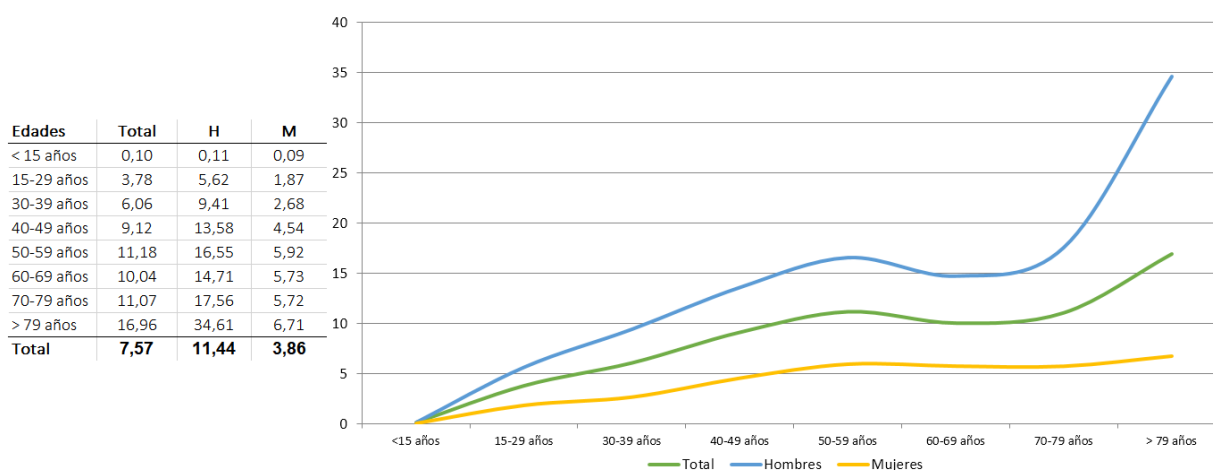
Atendiendo a las tasas por edad, se mantuvo el incremento del riesgo según aumenta la edad, sobre todo en el caso de los hombres, que presentaron un aumento significativo de la tasa de suicidio a partir de los 70 años (Gráfico 25).

Gráfico 24. Número de suicidios por sexos en España (2000-2018)



Fuente: INEbase, 2020. Nota: el incremento de los casos a partir de 2013 fue debido a la reasignación a causas externas específicas de defunciones asignadas a causas mal definidas tras el acceso a los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid. Por lo tanto, hay que tener en cuenta este hecho a la hora de hacer comparaciones con años anteriores.

Gráfico 25. Tasa de suicidios por edades y sexos en España (2018)

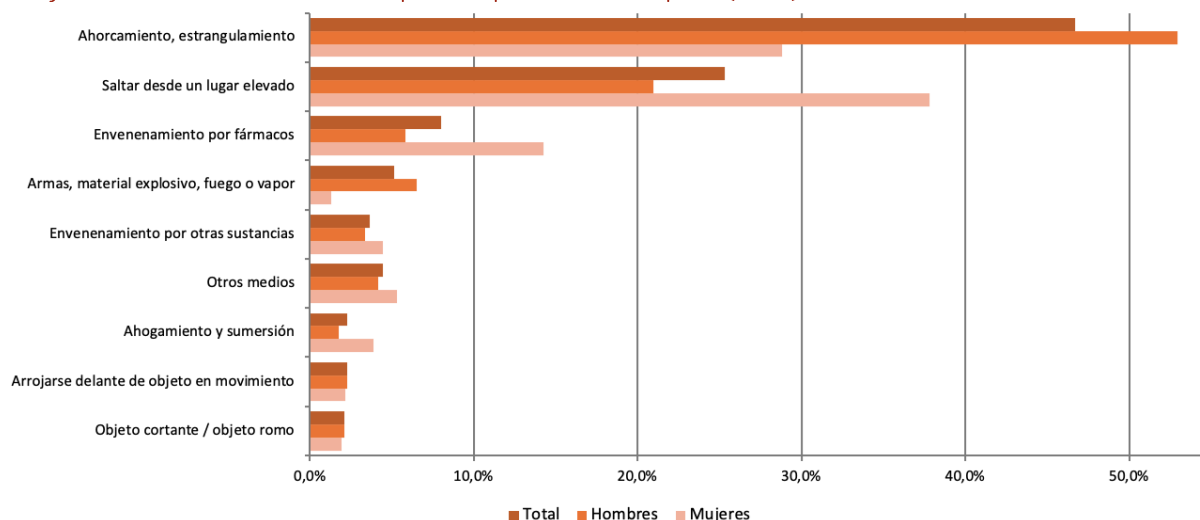


Fuente: INEbase, 2020

En cuanto al método utilizado para consumar el suicidio, entre los hombres siguió siendo más frecuente el ahorcamiento (53 %), seguido de la precipitación (21 %), mientras que entre las mujeres la precipitación fue el más frecuente (38 %), seguido del ahorcamiento (29 %). Otras diferencias en la elección del método según el sexo son el envenenamiento por fármacos y otras sustancias, más usado por las mujeres que por los hombres (19 % y 9 %, respectivamente), mientras que el uso de armas de fuego es más habitual en los hombres que en las mujeres (7 % y 1 %, respectivamente) (Gráfico 26).

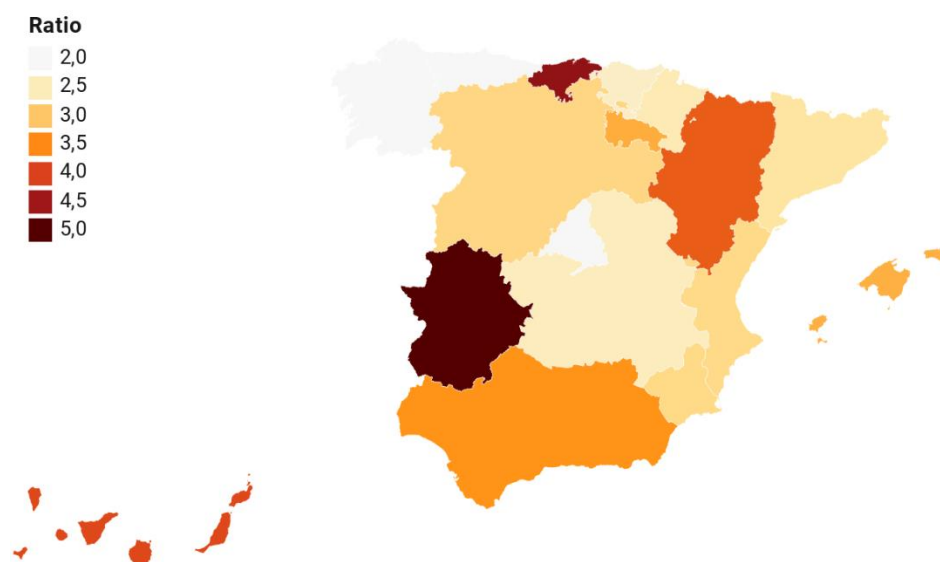
Por comunidades autónomas, Andalucía (653 muertes) fue donde se registró el mayor número de suicidios, seguida de Cataluña (522) y la Comunidad Valenciana (396). La media española registró una ratio hombres-mujeres de 3:1. En Extremadura y Cantabria esta relación fue de 5:1, mientras que en la Comunidad de Madrid, Galicia y Asturias fue de 2:1 (Gráfico 27).

Gráfico 26. Métodos de suicidio empleados por sexos en España (2018)



Fuente: INEbase, 2020

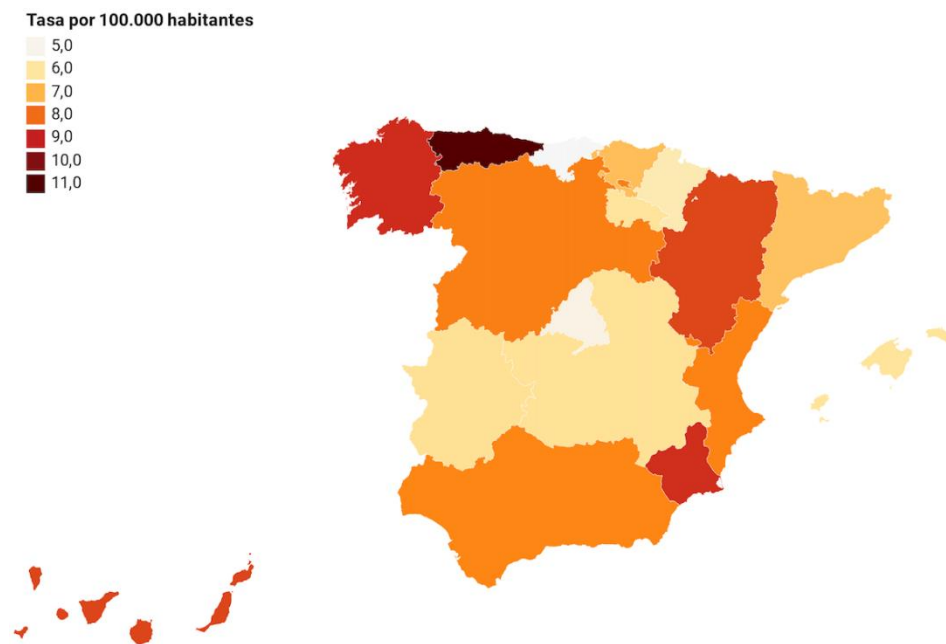
Gráfico 27. Ratio hombres-mujeres por comunidades autónomas (2018)



Fuente: INEbase, 2020

Teniendo en cuenta las tasas, con diferencia la más alta respecto a la media española (7,25 por cada 100.000 habitantes) se registró en Asturias, con 11 casos por cada 100.000 habitantes, seguida de Galicia y la Región de Murcia, con casi 9 casos por cada 100.000 habitantes, y Canarias y Aragón, con 8 casos por cada 100.000 habitantes. Las comunidades autónomas con tasas más bajas fueron Cantabria, la Comunidad de Madrid y Navarra (4,58, 5,10 y 5,77, respectivamente) (Gráfico 28).

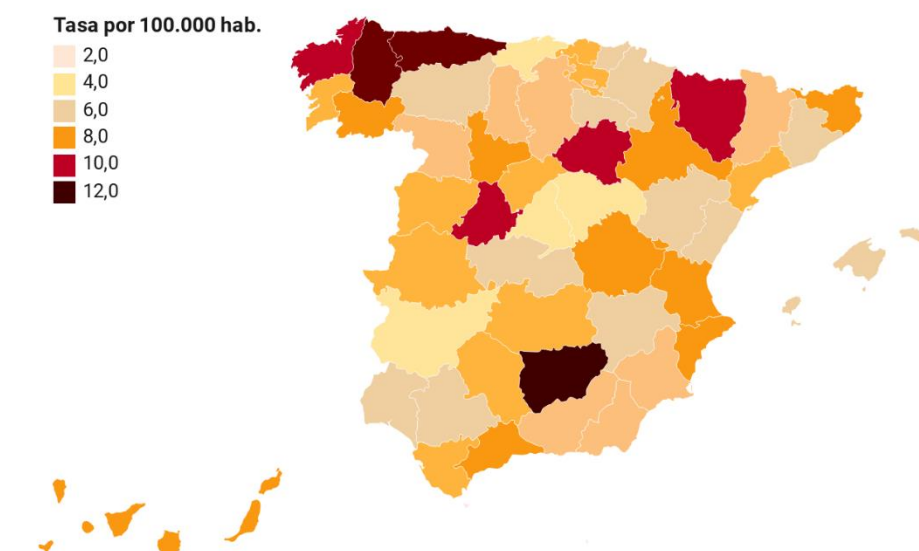
Gráfico 28. Tasas de suicidio por comunidades autónomas en España (2018)



Fuente: INEbase, 2020

Por provincias, Jaén y Asturias registraron las tasas más altas (11,75 y 11,04 suicidios por cada 100.000 habitantes, respectivamente), seguidas de Lugo, Huesca y Soria (10,63, 10,48 y 10,43, respectivamente). En el polo opuesto se situaron Cantabria, Madrid, Guadalajara y Badajoz (4,58, 5,10, 5,25 y 5,27, respectivamente) (gráfico 29).

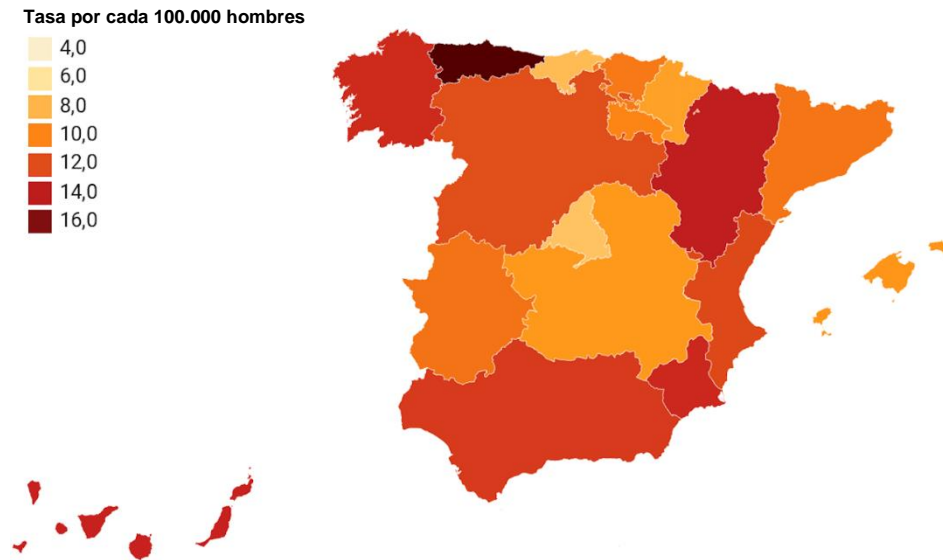
Gráfico 29. Tasas de suicidio por provincias en España (2018)



Fuente: INEbase, 2020

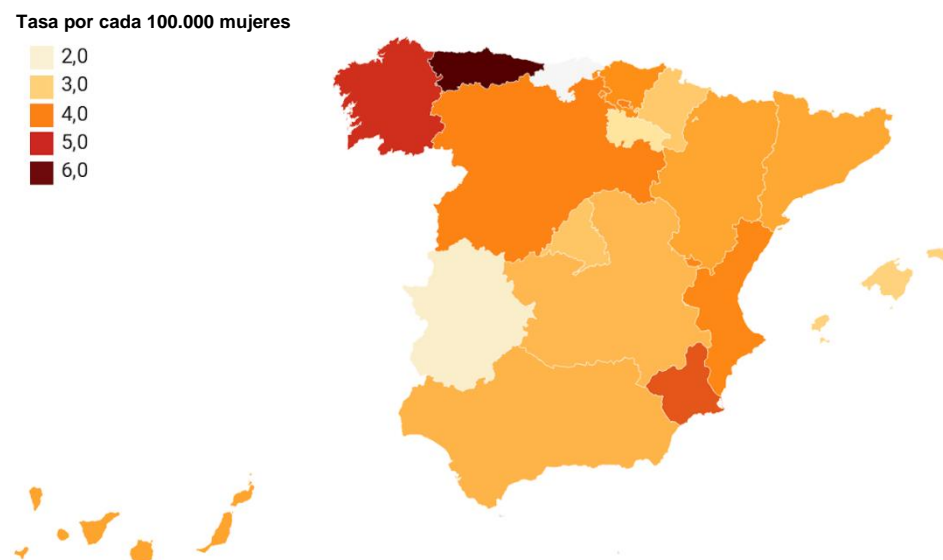
Si se tienen en cuenta las tasas en función del sexo, la media española fue de 11,38 suicidios por cada 100.00 hombres; Asturias fue la comunidad con la tasa más alta, con casi 18 suicidios, seguida de Aragón y Canarias, con casi 14 casos (Gráfico 30). En el caso de las mujeres, la media fue de 3,63 suicidios por 100.000 mujeres; nuevamente Asturias, con 6 suicidios, fue la comunidad autónoma con la tasa más alta, seguida de Galicia y la Región de Murcia, con casi 5 suicidios por 100.000 mujeres (Gráfico 31).

Gráfico 30. Tasas de suicidio de hombres por comunidades autónomas (2018)



Fuente: INEbase, 2020

Gráfico 31. Tasa de suicidios de mujeres por comunidades autónomas (2018)



Fuente: INEbase, 2020

Tentativa e ideación suicida

En cuanto a los intentos de suicidio, se estima que entre 50 y 90 personas de cada 100.000 intentaron quitarse la vida en 2007.^{227, 288} En el caso de las autolesiones identificadas como altas hospitalarias en el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta (CMBD), en que consta la existencia de una autolesión, y excluyendo los casos de fallecimiento, la incidencia fue del 11 % (10 % entre los hombres y 12 % entre las mujeres).²²⁹ El método más frecuente fue la intoxicación medicamentosa, con una incidencia anual de intoxicaciones agudas en el medio extrahospitalario de 28 por cada 100.000 habitantes²³⁰ y de 170 por cada 100.000 habitantes en el medio hospitalario.²³¹

Las tentativas de suicidio registradas en los hospitales presentaron una gran variabilidad entre comunidades autónomas, 11 por cada 100.000 habitantes.²²⁹ Sin embargo, como indica la evaluación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2009, en relación con esta identificación parece haber diferentes criterios a la hora de registrarlas y codificarlas, de modo que puede haber casos de infrarregistro en las historias clínicas y/o infracodificación de estos casos.²³²

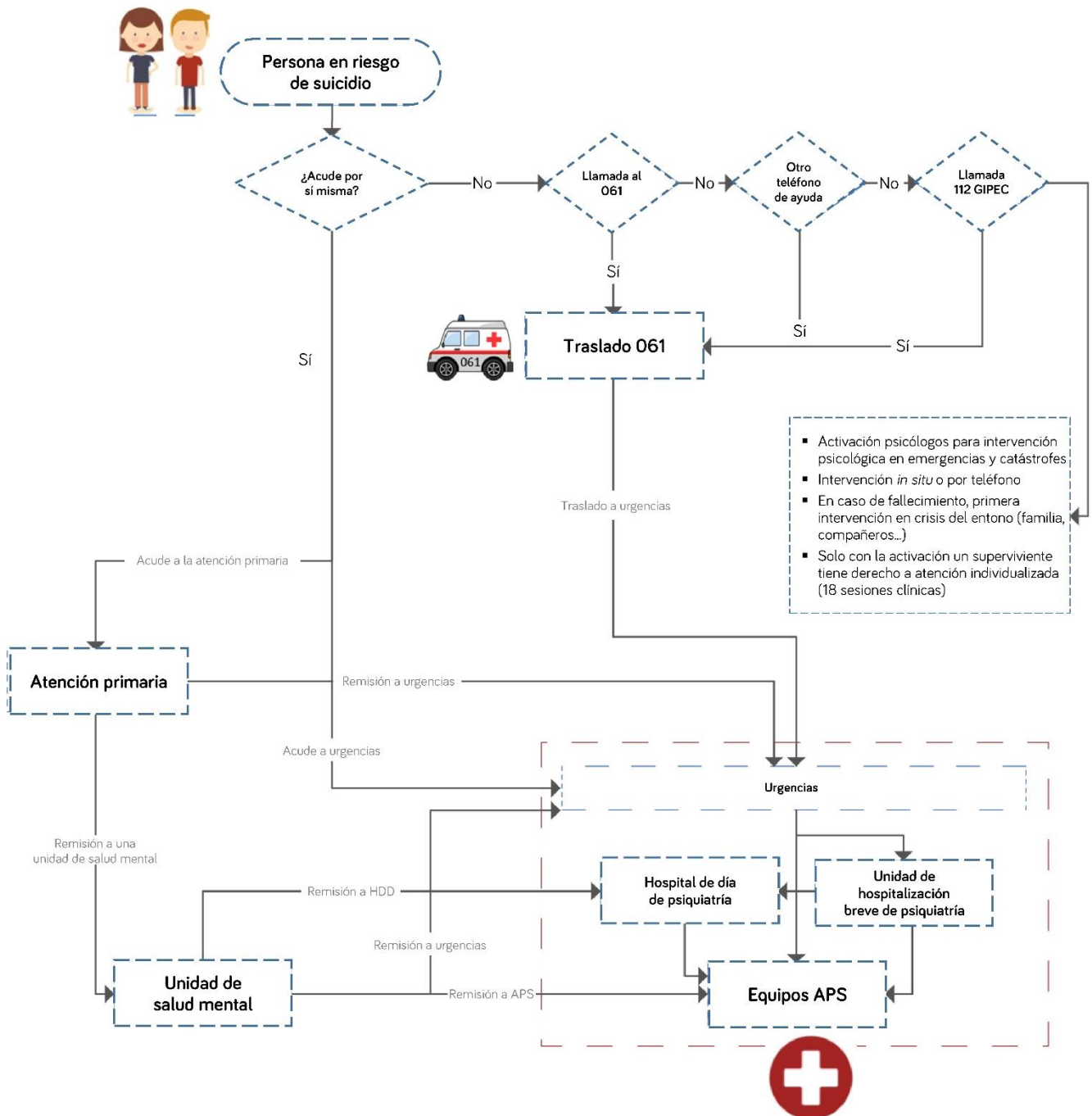
El estudio ESEMeD-España registró una prevalencia de ideación de suicidio del 4,4 %, del 1,4 % de planes de suicidio y del 1,5 % de tentativas de suicidio; el último es más frecuente entre las mujeres jóvenes y con nivel educativo bajo.²³³ La presencia de ideas y planes se relacionó de forma independiente y estadísticamente significativa con el sexo (mayor riesgo entre las mujeres), la edad (mayor riesgo en los grupos de menos edad), educación (mayor riesgo cuanto nivel educativo más bajo) y la presencia de dos o más trastornos psiquiátricos.²³³

Entre las personas con ideación suicida, la probabilidad de elaborar en algún momento un plan suicida fue del 33,1 %, y la de hacer un intento suicida, del 33,9 %. La probabilidad de hacer un intento entre las que presentaban la ideación suicida y habían elaborado un plan suicida fue claramente superior a la de las que no tenían plan (73 % y 14,4 %, respectivamente). El mayor riesgo global (ideas, planes y tentativas de suicidio) se observó entre las personas que presentaban un trastorno del estado del ánimo.²³³

En el ámbito educativo universitario, el Estudio Universidad y Salud Mental (UNIVERSAL),²³⁴ que investiga la ideación y la tentativa suicida en la población universitaria española, encontró que el 9,9 % de los entrevistados había tenido ideación suicida, el 5,6 % tenía un plan y el 0,6 % había hecho un intento en los últimos doce meses. Se asoció un riesgo más alto con la presencia de factores de riesgo como la agresión sexual o violación en el último año, el abuso emocional, la presencia de trastornos del estado del ánimo y el abuso de sustancias.²³⁴

Anexo 3. Circuito de atención y prevención del suicidio y CoorEducaSalutMental

Ilustración 6. Algoritmo de atención y prevención del suicidio

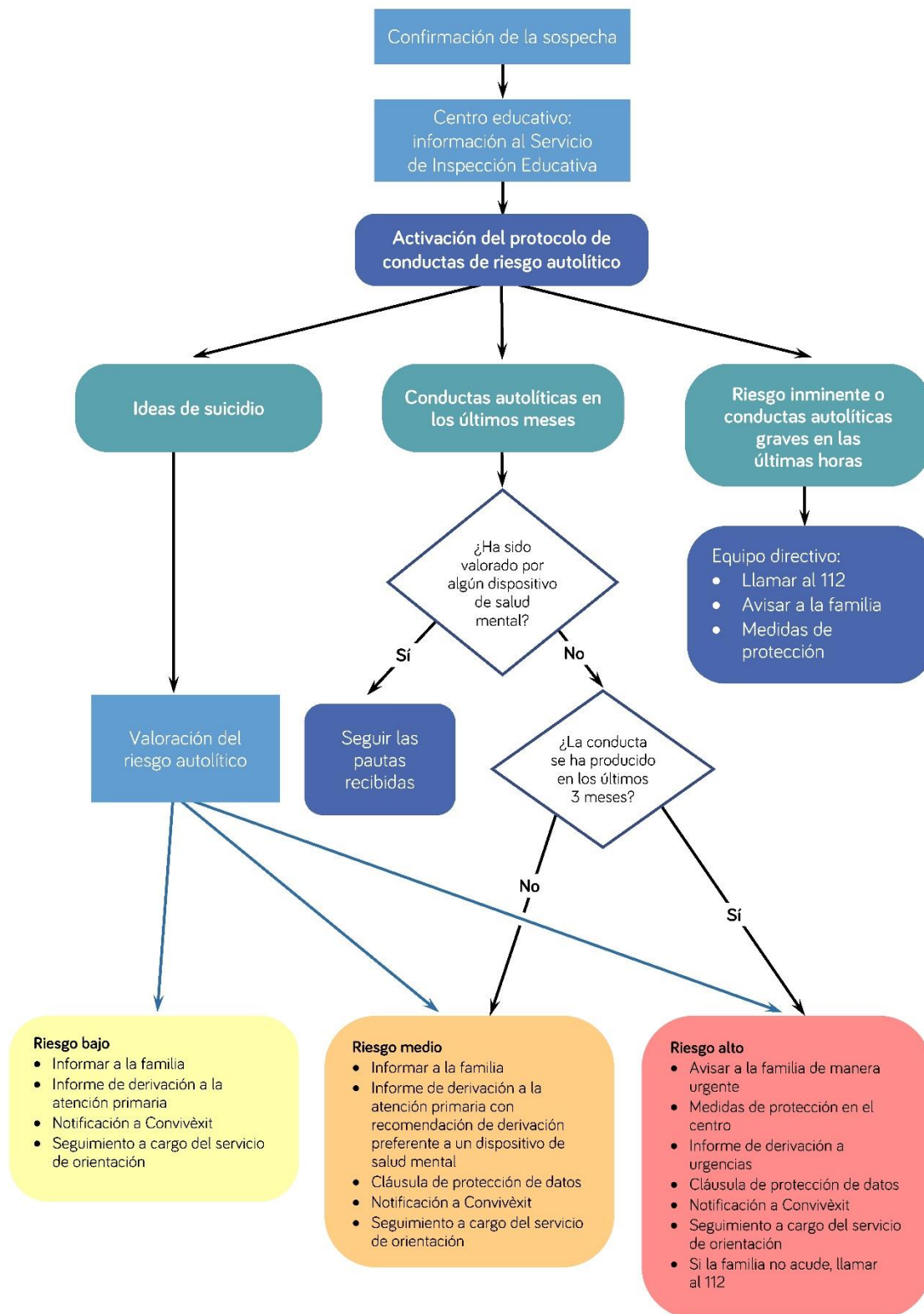


Descripción del circuito APS

- ▣ Una persona puede acudir directamente a la atención primaria o a un servicio hospitalario de urgencias. También puede ser trasladada a urgencias por el 061 por medio de una llamada directa o mediante el 112 u otro teléfono de ayuda (Teléfono de la Esperanza, Fundación ANAR...). Es importante resaltar que si se llama al 112 se puede activar el equipo de psicólogos del Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (convenio con el Colegio de Psicología de las Islas Baleares). Los psicólogos intervienen *in situ* o telefónicamente para contener a la persona en riesgo de suicidio, y en caso de fallecimiento hacen una primera intervención en crisis con miembros del entorno de la víctima (familia, compañeros de clase...). Solo si se ha llevado a cabo esta intervención, posteriormente las personas atendidas tienen derecho a recibir una atención individualizada (a cada miembro de la familia o persona muy próxima al fallecido) de dieciocho sesiones clínicas.
- ▣ Desde la atención primaria (según el riesgo valorado) puede ser remitida a una unidad de salud mental o a urgencias.
- ▣ Desde una unidad de salud mental (según el riesgo valorado) puede ser remitida a urgencias, a un hospital de día de psiquiatría o a los equipos APS.
- ▣ Desde urgencias (todas las ideaciones y tentativas) es remitida a los equipos APS.
- ▣ Los hospitales de día de psiquiatría y las unidades de hospitalización breve de psiquiatría también pueden derivarla al programa APS.

CoorEducaSalutMental – programa de apoyo a los centros docentes

Ilustración 7. Algoritmo de actuación del programa CoorEducaSalutMental



El programa CoorEducaSalutMental es un circuito de **gestión-supervisión-asesoramiento en materia de conducta suicida y salud mental compleja de apoyo a los centros docentes y que facilita la coordinación entre los profesionales de ambos ámbitos (salud y educación)**. El objetivo es garantizar un abordaje integral del menor y de su familia por medio de la coordinación entre los diferentes profesionales de todos los ámbitos asistenciales y la gestión del caso para asegurar la continuidad asistencial. Está formado por los profesionales siguientes:

- **Ámbito sanitario:** un enfermero o enfermera gestora de casos especialista en salud mental en coordinación con los servicios de salud mental infantojuvenil, la atención primaria y otros servicios, como servicios sociales de menores, policías tutores, equipos municipales de intervención familiar, etc.
- **Ámbito de la educación:** dos técnicos del Servicio de Atención a la Diversidad y dos técnicos de Convivèxit (Consejería de Educación y Formación Profesional).

Anexo 4. Recomendaciones básicas para el tratamiento de la conducta suicida en los medios de comunicación

Una cobertura responsable y adecuada de la información sobre la muerte por suicidio es preventiva (efecto Papageno)

Puede tener un efecto preventivo en estos casos:

- Cuando ayuda a cambiar la percepción incorrecta de la población acerca de la conducta suicida corrigiendo mitos.
- Cuando anima a las personas a pedir ayuda informándolas de que existen varias opciones de tratamiento, testimonios de personas que han superado una crisis suicida y recursos de ayuda (direcciones, teléfonos, aplicaciones, webs...).

Un tratamiento inadecuado de la información sobre la muerte por suicidio puede producir un efecto indeseado de contagio en la población de riesgo (efecto Werther)

El riesgo aumenta en estos casos:

- Si se describe explícitamente el método.
- Si se utilizan titulares y/o imágenes dramáticas.
- Si se transmiten reportajes sensacionalistas.
- Si se glorifica la muerte y/o se transmite que cumple un objetivo (encontrar la paz, vengarse, tener valor, solución o consecuencia directa de un problema, «intento con éxito / sin éxito (fallido)»).

Ante la duda de si informar de una muerte por suicidio o no, plantéese las cuestiones siguientes:

- ¿Qué quiero conseguir dando esta noticia? ¿Informar, ayudar, prevenir...?
- ¿Es realmente importante informar de ello a pesar del riesgo que implica?
- ¿Cuáles son las consecuencias negativas si no se informa de ello?
- ¿Puedo presentar la noticia de la forma recomendada?

Si cree que solo dispone de datos que se centran única y exclusivamente en el acto suicida en sí (lugar, método, causa directa...), evite informar de ello.

Haga esto:	En lugar de esto:
<ul style="list-style-type: none"> Tenga especial cuidado con los famosos. Redacte titulares como: «Avicii ha muerto a los 28 años». 	<ul style="list-style-type: none"> Redactar titulares del tipo «Avicii se suicidó con una botella rota».
<ul style="list-style-type: none"> Explique que ha muerto o se ha quitado la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Explicar el método, especialmente si es inusual o si la víctima es un famoso.
<ul style="list-style-type: none"> Incluya logotipos de líneas de ayuda o emergencia, fotos de la localidad, pero sin que se sepa el lugar de los hechos. Ni morbo, ni alarma, ni lugares destacados en relación con otras noticias (nunca en las primeras páginas). 	<ul style="list-style-type: none"> Usar sensacionalismos como fotografías, primeros planos, zoom sobre el dolor. Morbo, alarma. Lugares destacados.
<ul style="list-style-type: none"> No informe del contenido de las notas de suicidio, si las hay: «Se encontró una nota del difunto y la está examinando el forense». 	<ul style="list-style-type: none"> Informar sobre el contenido de las notas de suicidio: «Nombre y apellidos ha dejado una nota que dice...».
<ul style="list-style-type: none"> Utilice con cuidado los datos estadísticos sobre el suicidio, intentando no usar palabras sensacionalistas. Se podría decir «se ha incrementado el número de suicidios...» o «son más altas las tasas de suicidio...». 	<ul style="list-style-type: none"> Usar palabras como «epidemia», «cada vez se dan más...», «otro suicidio...», «apenas unos días después...».
<ul style="list-style-type: none"> Presente la muerte por suicidio como el producto de una compleja interacción de muchos factores. Subraye el mensaje de que se puede prevenir. 	<ul style="list-style-type: none"> Describir un suicidio como «inexplicable», «sin aviso» o como consecuencia directa de una sola causa. A veces se ha <i>utilizado</i> el informar de muertes por suicidio para dar visibilidad a problemas sociales que, aunque sean muy graves, nunca son la única causa.
<ul style="list-style-type: none"> Incluya recursos como «señales de aviso» o «qué hacer», aclarar mitos, incluir opiniones expertas. 	<ul style="list-style-type: none"> Informar del mismo modo que se presentan las noticias de crímenes o sucesos.
<ul style="list-style-type: none"> Cuide las fuentes de información. Recorra al asesoramiento de expertos y/o asociaciones dentro de un contexto preventivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Reportar entrevistas a policías, bomberos o vecinos solo para recabar más detalles del hecho.
<ul style="list-style-type: none"> Respete el duelo de los familiares. Puede hacer referencia al sufrimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Emplear imágenes explícitas.
<ul style="list-style-type: none"> Informe sobre medidas de prevención e historias de superación en que se vean reflejados mujeres y hombres por igual. 	<ul style="list-style-type: none"> Informar sobre medidas de prevención con mensajes estereotipados de género.
<ul style="list-style-type: none"> Refiérase al suicidio con palabras como «muerte por suicidio», «por medio del suicidio», «ha muerto», «conducta suicida letal / no letal». 	<ul style="list-style-type: none"> Incluir la palabra «suicidio» o «se ha suicidado» en el titular.
<ul style="list-style-type: none"> Presente la noticia como un hecho y no como un logro. No es una solución a un problema. 	<ul style="list-style-type: none"> Referirse al suicidio como «intento con éxito / sin éxito / fallido» o con frases como «ha dejado de sufrir», «ha terminado con sus problemas», «ha encontrado la paz», «tenía sentimientos de venganza», «ha tenido el valor».

Fuente: adaptado de CDC 2019²³⁵

Anexo 5. Recursos y teléfonos de ayuda

Recursos a los que se puede acudir en caso de crisis

Servicio de Emergencia de las Islas Baleares 112	
	Servicio de Atención Médica Urgente 061
Atención Primaria (Servicio de Salud de las Islas Baleares) 971 43 70 79	
	Teléfono de la Esperanza 971 46 11 12 palma@telefonodelaesperanza.org
Asociación de Familiares y Amigos Supervivientes por Suicidio de las Islas Baleares (AFASIB) 657 716 340	
	Aplicación Prevensuic

Otros recursos de ayuda

<p>Oficina Balear de la Infancia y la Adolescencia (OBIA) (anteriormente Oficina de Defensa de los Derechos del Menor)</p> <p>971 177 206</p>	
	<p>Teléfono de Atención a la Infancia y Adolescencia</p>
<p>Teléfono de Ayuda contra el Acoso Escolar</p> <p>900 018 018</p>	
<p>016 ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO</p>	<p>Atención a víctimas de malos tratos por violencia de género</p>
<p>Instituto Balear de la Mujer</p> <p>971 17 89 89</p>	
<p>servei d'atenció telefònica #LGTBI</p>  <p><small>i d'acompanyament a les víctimes de discriminació per raó de la seva orientació sexual, identitat de gènere o expressió de gènere</small></p>	<p>Servicio de atención telefónica #LGTBI</p> <p>971 177 157 serveilgtbi@dgcg.caib.es</p>
<p>Teléfono de atención ciudadana</p> <p>971 17 72 72</p>	
	<p>Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio Papageno</p>

Referencias bibliográficas

- 1) Gobierno de las Islas Baleares. Encuesta de Salud de las Islas Baleares. ESIB07. Palma; 2007.
- 2) Consejería de Salud y Consumo. Diagnóstico de salud de las Islas Baleares. Palma: Gobierno de las Islas Baleares; 2010.
- 3) Ollers Adrover, MA. Caracterització de les tipologies dels intents de suïcidi i dels suïcidis consumats registrats a l'Observatori del Suïcidi de les Illes Balears [trabajo de fin de máster, en línea]. Palma: Universidad de las Islas Baleares. <https://bit.ly/2ORVF1D> [consulta: 23 marzo 2021].
- 4) Organización Mundial de la Salud. Suicidio, datos y cifras 2019 [en línea]. <https://bit.ly/2LGqncJ> [consulta: 23 marzo 2021].
- 5) Dumesnil H, Verger P. Public Awareness Campaigns About Depression and Suicide: A Review. *Psychiatr Serv.* 2009;60:1203-13.
- 6) Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rusch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv.* 2012;63(10):963-73.
- 7) Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [en línea]. <https://bit.ly/3g73eOv> [consulta: 23 marzo 2021].
- 8) European Regions Enforcing Actions Against Suicide. Euregenas. Directrices generales para la prevención del suicidio [en línea]. <https://bit.ly/36dFSSS> [consulta: 23 marzo 2021].
- 9) California Department of Mental Health. California Suicide Prevention Hotline Survey Report.
- 10) National Center for Injury Prevention and Control (CDC). Prevención del suicidio: paquete técnico de políticas, programas y prácticas. Atlanta (Georgia, EE. UU); 2017.
- 11) Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 2013;347:f5239.
- 12) Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death. Londres: Penguin Press; 2013.
- 13) Marmot M. Fair society, healthy lives: the Marmot review: strategic review of health inequalities in England post-2010. Londres: UCL; 2010.
- 14) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Washington; 2014.
- 15) World Health Organization. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila; 2010.
- 16) Sisask M, Varnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9(1):123-38.
- 17) Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media: a critical review. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care; 2001.
- 18) Hawton K, Williams K. The connection between media and suicidal behavior warrants serious attention [editorial]. *Crisis.* 2001;(22):137-140.
- 19) Stack S. Media coverage as a risk factor in suicide. *J Epidemiol Community Health.* 2003;57(4):238-240.
- 20) Cheng AT, Hawton K, Lee CT, Chen TH. The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *Int J Epidemiol.* 2007 Dec;36(6):1229-34.
- 21) Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide: a review of effectiveness. *Crisis.* 2012;33(4):190-198.
- 22) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Washington; 2014.
- 23) Pirkis J. Suicide and the media. *Psychiatry.* 2009;8:269-271.
- 24) Hawton K, Williams K. Influences of the media on suicide. *BMJ.* 2002;325(7377):1374-1375.
- 25) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de comunicación. Washington; 2018.
- 26) Acosta Artiles FJ, Rodríguez Rodríguez CJ, Cejas Méndez MR. Noticias en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. *Rev Esp Salud Pública.* 2017;91(24): e1-e7.
- 27) Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet.* 2012;379(9834):2393-9.
- 28) Pirkis J, Spittal MJ, Cox G, Robinson J, Cheung YT, Studdert D. The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2013;42(2):541-8.
- 29) Beautrais AL. Suicide by jumping: A review of research and prevention strategies. *Crisis.* 2007;28(Suppl. 1):58-63.

- 30) Elnour A, Harrison J. Lethality of suicide methods. *Inj Prev*. 2007;14:39-45.
- 31) Owens C, Lloyd-Tomlins S, Emmens T, Aitken P. Suicides in public places: Findings from one English county. *Eur J Public Health*. 2009;19(6):580-582.
- 32) Glasgow G. Do local landmark bridges increase the suicide rate? An alternative test of the likely effect of means restriction at suicide-jumping sites. *Soc Sci Med*. 2011;72(6):884-889.
- 33) Kerkhof A. Railway suicide: Who is responsible? *Crisis*. 2003;24(2):47-48.
- 34) Caldwell T, Jorm A, Dear K. Suicide and mental health in rural, remote and metropolitan areas in Australia. *Med J Australia*. 2004;181(7 Suppl):s10-s14.
- 35) Yum B, Roh J, Ryu J, Won J, Kim C, Lee J, Kim K. Symptoms of PTSD according to individual and work environment characteristics of Korean railroad drivers with experience of person-under-train accidents. *J Psychosom Res*. 2006;61(5):691-697.
- 36) Tranah T, Farmer R. Psychological reactions of drivers to railway suicide. *Soc Sci Med*. 1994;38(3):459-469.
- 37) Hamilton S, Metcalfe C, Gunnell D. Media reporting and suicide: A time-series study of suicide from Clifton Suspension Bridge, UK, 1974-2007. *J Public Health*. 2011;33(4):511-517.
- 38) Cox GR, Owens C, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013; 13:214.
- 39) National Institute for Mental Health in England. Guidance on Action to be taken at Suicide Hotspots. Londres; 2006.
- 40) National Center for Injury Prevention and Control (CDC). Prevención del suicidio: paquete técnico de políticas, programas y prácticas. Atlanta (Georgia, EE. UU); 2017.
- 41) Anglemeyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med*. 2014;160(2):101-10.
- 42) Deisenhammer EA, Ing CM, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss EM. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry*. 2009;70(1):19-24
- 43) Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC public health*. 2007a; 7:357.
- 44) Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *In J Epid*. 2007b;36:1235-42.
- 45) World Health Organization. Safer access to pesticides: community interventions. Ginebra (Suiza); 2006.
- 46) López Martínez LF. Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet [en línea]. <https://bit.ly/35ZRjgW> [consulta: 23 marzo 2021].
- 47) Hawton KL, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W, et al. Long-term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ*. 2013;346:f403
- 48) Runyan CW, Becker A, Brandspigel S, Barber C, Trudeau A, Novins D. Lethal means counseling for parents of youth seeking emergency care for suicidality. *West J Emerg Med*. 2016;17(1):8-14
- 49) Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (versión 1.0). Ginebra (Suiza); 2011.
- 50) U.S. Department of Health and Human Services (HHS). 2012 National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Washington; 2012.
- 51) Forte A, Trobia F, Gualtieri F, Lamis DA, Cardamone G, Giallonardo V, et al. Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):1438.
- 52) Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in immigrants: an overview. *Open J Med Psychol*. 2013;2:124-33.
- 53) Haroz EE, Decker E, Lee C. Evidence for suicide prevention and response programs with refugees: A systematic review and recommendations. Ginebra (Suiza): United Nations High Commissioner for Refugees; 2018.
- 54) Malenfant EC. Suicide in Canada's immigrant population. *Health Reports*. 2004;15(2):9-17.

- 55) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012.
- 56) Ben-Efraim YJ, Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations. *Mol Psychiatry*. 2013;18(7):758-66.
- 57) Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*. 2003;129(5):674-697.
- 58) Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Health*. 2011;49(2):115-23.
- 59) Ben Amics Associació LGTBI de les Illes Balears. ¡Ben Amics cuenta contigo! Estudio sobre el riesgo de suicidio en jóvenes LGTBI [en línea]. <https://bit.ly/2YXmbeK> [consulta: 23 marzo 2021].
- 60) Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: metaanalyses based on psychological studies. *Environ Health Prev Med*. 2008;13(15-16):243-56.
- 61) Beck A, Steer R. Clinical predictors of eventual suicide: a 5- to 10-year prospective study of suicide. *J Affect Disord*. 1989;17(3):203-9.
- 62) Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra (Suiza); 2010.
- 63) Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res*. 2009;13(4):303-16.
- 64) Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol*. 2004;65(6):782-93.
- 65) Kapusta ND, Voracek M, Etzersdorfer E, Niederkrotenthaler T, Dervic K, Plener PL, et al. Characteristics of police officer suicides in the Federal Austrian Police Corps. *Crisis*. 2010;31(5):265-271.
- 66) Stuart H. Suicidality among police. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(5):505-509.
- 67) Marzano L, Smith M, Long M, Kisby C, Hawton K. Police and Suicide Prevention. *Crisis*. 2016;37(3):194-204.
- 68) World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Ginebra (Suiza); 2013.
- 69) Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368:1260-9.
- 70) Lorente-Acosta M, Sánchez De Lara Sorzano C, Naredo-Cambor C. Suicidio y violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- 71) Víctimas mortales por violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- 72) Kiddle H, Dagnan D. Vulnerability to depression in adolescents with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*. 2011;5:3-8.
- 73) Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. En: Wasserman D, Wasserman C (ed.). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford (Reino Unido): Oxford University Press; 2009.
- 74) Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapiere S, Lindner R, et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health*. 2016;20(2):166-94.
- 75) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio ¿cómo establecer un grupo de supervivientes? Ginebra (Suiza); 2000.
- 76) Berman A. Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41(1):110-116.
- 77) McMenamy JM, Jordan JR, Mitchell AM. What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. *Suicide Life Threat Behav*. 2008;38(4):375-389.
- 78) Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004;15(1):1-18.
- 79) Vindel AC, Miguel-Tobal JJ, Díez II, González H, Galea S. Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Revista Ansiedad y estrés*. 2004;10(2):163-179.
- 80) Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Unidad didáctica 7. Intervención psicológica con intervinientes en emergencias. <https://bit.ly/2WRiar1> [consulta: 23 marzo 2021].

- 81) World Health Organization. Preventing suicide: a manual for case registration of suicide and attempted suicide. El Cairo; 2014.
- 82) Rodríguez Blas C. Encuesta Nacional de Salud. Índice 2007;20:9-11.
- 83) Consejería de Salud y Consumo. Encuesta de Salud de las Islas Baleares. ESIB07. Palma: Gobierno de las Islas Baleares; 2007.
- 84) Núñez de Arco J, Huici T. El uso de la autopsia psicológica forense en el proceso penal. *Identidad Jurídica*. 2005;(1):235-242.
- 85) Batt A, Bellivier F, Delatte B, Spreux-Varoquaux O. Suicide: Psychological autopsy, a research tool for prevention. París: Institut national de la santé et de la recherche médicale; 2005.
- 86) European Regions Enforcing Actions Against Suicide. Euregenas. Recomendaciones para la prevención del suicidio en el ámbito escolar [en línea]. <https://bit.ly/2TsoAfm> [consulta: 23 marzo 2021].
- 87) Madge N, Hewitt A, Hawton K, De Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S, et al. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child and Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49:667-677.
- 88) Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(4):381-389.
- 89) Chagnon F, Houle J, Marcoux I, Renaud J. Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2007;37(2):135-144.
- 90) Cimini MD, Rivero EM, Bernier JE, Stanly JA, Murray AD, et al. Implementing an Audience-Specific Small-Group Gatekeeper Training Program to Respond to Suicide Risk Among College Students: A Case Study. *Journal of American College Health*. 2014;62(2):92-100.
- 91) Varela R M, Ávila ME, Martínez E. Violencia escolar: un análisis de los diferentes contextos de interacción. *Phycosocial Intervention*. 2013;22:25-32.
- 92) Ng LC, Kirk CM, Kanyanganzi F, Mary C, Fawzi S, Sezibera V, Shema E, et al. Risk and protective factors of suicidal ideation and behavior in Rwandan children. *The British Journal of Psychiatry*. 2015; 207(3):262-268.
- 93) Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? En: Salovey P, Sluyter DJ (ed.). *Emotional development and emotional intelligence: educational implications*. Nueva York: Basic Books; 1997.
- 94) Oliva A. Desarrollo Positivo Adolescente. Madrid: Síntesis; 2015.
- 95) Blasco MJ, Vilagut G, Almenara J, Roca M, Piqueras JA, Gabilondo A, et al. Suicidal Thoughts and Behaviors: Prevalence and Association with Distal and Proximal Factors in Spanish University Students. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(3):881-898.
- 96) Universities UK, Papyrus. Suicide - Safer Universities [en línea]. <https://bit.ly/3fX3glq> [consulta: 23 marzo 2021].
- 97) Mercadal-Capó. Prevalença de manifestacions ansiosodepressives en estudiants de Grau de la Universitat de les Illes Balears [trabajo fin de máster]. Palma: Universidad de las Islas Baleares; junio de 2020.
- 98) World Health Organization. Regional Strategy on Preventing Suicide. World Health Organization South-East Asia. Nueva Delhi; 2017.
- 99) Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Serrano E, Zapater F. Consideraciones para un abordaje social y sanitario del suicidio a propósito del Código Riesgo de Suicidio. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària; 2018.
- 100) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio en cárceles y prisiones [en línea]. <https://bit.ly/3ge1hjl> [consulta: 23 marzo 2021].
- 101) Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(2):88-98.
- 102) Szanto K, Prigerson H, III C. Suicide in the elderly. *Clinical Neuroscience Research*. 2001;1:366-376.
- 103) Aebi MF, Tiago MM, Burkhard C. SPACE - Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations Estrasburgo (Francia): Consejo de Europa; 2016.
- 104) Comité Mixto OIT-OMS. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra (Suiza); 1984.
- 105) Hawton K, Agerbo E, Simkin S, Platt B, Mellanby RJ. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. *J Affect Disord*. 2011;134(1-3):320-6.
- 106) Skegg K, Firth H, Gray A, Cox B. Suicide by occupation: does access to means increase the risk? *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(5):429-34.

- 107) Organización Médica de España. Mortalidad en la profesión médica. Periodo 2005-2014 [en línea]. <https://bit.ly/2M5Figy> [consulta: 23 marzo 2021].
- 108) Rocamora Bonilla A. Intervención telefónica en crisis suicida. En: Anseán-Ramos A. Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida (2ª ed.). Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014.
- 109) Organización Mundial de la Salud. Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones. Washington; 2018.
- 110) Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (Georgia, EE. UU): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
- 111) World Health Organization. Preventing suicide, a resource for suicide case registration. Ginebra (Suiza); 2011.
- 112) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio un instrumento para policías, bomberos y otros socorristas de primera línea. Ginebra (Suiza); 2009.
- 113) Tebar del Río I. Intervención del cuerpo de bomberos en crisis suicida. En: Anseán-Ramos A. Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida (2ª ed.). Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014.
- 114) McKinnon I, Grubin D. Evidence-based risk assessment screening in police custody: The HELP-PC study in London, UK. Policing. 2014.
- 115) Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. British Journal of Psychiatry. 2003;182:537-542.
- 116) Platt S, Bille BU, Kerkhof A, Schmidtke A, Bjerke T, Crepet P, Temesvary B. Parasuicide in Europe: The WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. Acta Psychiatrica Scandinavica. 199;85(2):97-104.
- 117) Fazel S, Runeson B. Suicide. N Engl J Med. 2020;382(3):266-274.
- 118) Goñi-Sarriés A, Blanco M, Azcárate L, Peinado R, López-Goñi JJ. Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? Psicothema. 2018;30(1):33-38.
- 119) Andriessen K. Can postvention be prevention? Crisis. 2009;30:43-47.
- 120) World Health Organization. World report on violence and health. Ginebra (Suiza); 2002.
- 121) Links P, Hoffman B. Preventing Suicidal Behavior in a General Hospital Psychiatric Service: Priorities for Programming. Canadian Journal of Psychiatry. 2005;(50):490-496.
- 122) Knesper DJ. Continuity of care for suicide prevention and research: suicide attempts and suicide deaths subsequent to discharge from an emergency department or an inpatient psychiatry unit. Waltham (Massachusetts, EE. UU.): Education Development Center; 2010.
- 123) Kryszinska K, Batterham PJ, Tye M, Shand F, Calear AL, Cockayne N, et al. Best strategies for reducing the suicide rate in Australia. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2016;50(2):115-118.
- 124) Brown G, Green K. A Review of Evidence-Based Follow-Up Care for Suicide Prevention: Where do we go from here? American Journal of Preventive Medicine. 2014;47:S209-S215.
- 125) Gould MS, Lake AM, Galfalvy H, Kleinman M, Munfakh JL, Wright J, et al. Follow-up with Callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of Callers' Perceptions of Care. Suicide Life Threat Behav. 2018;48(1):75-86.
- 126) Van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, Hegerl U. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. Crisis. 2011;32(6), 319-333.
- 127) Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik S, Deane FP, Enns MW, et al. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie. 2009; 54:260-268.
- 128) Black Dog Institute. An evidence-based systems approach to suicide prevention: guidance on planning, commissioning and monitoring. Sidney (Australia); 2016.
- 129) Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. American Journal of Psychiatry. 2002;159:909-916.
- 130) Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. British Journal of Psychiatry 1998;173:462-474.

- 131) Andersen U, Andersen M, Rosholm J, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practicing specialists and drug prescriptions. *Acta Psych Scand*. 2000;102:126-134.
- 132) Anseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2004;78(1):49-55.
- 133) World Health Organization. World report on violence and health. Ginebra (Suiza); 2002.
- 134) Montgomery SA, Montgomery D. Pharmacological prevention of suicidal behaviour. *J Affect Disord*. 1982;4(4):291-298.
- 135) Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
- 136) Allebeck P, Allgulander C. Suicide among young men: psychiatric illness, deviant behaviour and substance abuse. *Acta Psychiatr Scand*. 1990b;81(6):565-570.
- 137) Lester D. Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 1993;27(2):117-121.
- 138) Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry*. 1994a;151(4):530-536.
- 139) Dilsaver SC, Chen YW, Swann AC, Shoaib AM, Krajewski KJ. Suicidality in patients with pure and depressive mania. *Am J Psychiatry*. 1994;151(9):1312-1315.
- 140) Almenta-Hernández E. Prevención e intervención en la conducta suicida en atención primaria. En: Anseán-Ramos A. Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida (2ª ed.). Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014.
- 141) Schulberg HC, Lee PW, Bruce ML, Raue PJ, Lefever JJ, Williams Jr JV, et al. Suicidal ideation and risk levels among Primary Care patients with uncomplicated depression. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):523-528.
- 142) Feldman M, Franks P, Duberstein P, Vannoy S, Epstein R, Kravitz R. Let's not talk about it: Suicide inquiry in Primary Care. *Ann. Fam Med*. 2007;5(5):412-418.
- 143) Vannoy S, Fancher T, Meltvedt C, ünützer J, Duberstein P, Kravitz R. Suicide inquiry in Primary Care: creating context, inquiring, and following up. *Ann Fam Med*. 2010;8(1):33-39.
- 144) Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de urgencias hospitalaria. Estándares y recomendaciones. Madrid; 2010.
- 145) Olsson M, Marcus SC, Bridge JA. Focusing suicide prevention on periods of high risk. *JAMA*. 2014;311(11):1107-1108.
- 146) Bridge JA, Horowitz LM, Campo JV. ED-SAFE-Can Suicide Risk Screening and Brief Intervention Initiated in the Emergency Department Save Lives? *JAMA Psychiatry*. 2017;74(6):555-6.
- 147) Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm: Longterm follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. 2003;182:537-542.
- 148) King CA, Horwitz A, Czyz E, Lindsay R. Suicide Risk Screening in Healthcare Settings: Identifying Males and Females at Risk. *J Clin Psychol Med Settings*. 2017 Mar;24(1):8-20.
- 149) The Joint Commission. Sentinel event alert 56: Detecting and treating suicide ideation in all settings [en línea]. <https://bit.ly/31fLFWk> [consulta: 23 marzo 2021].
- 150) Busch KA, Clark DC, Fawcett J, Kravitz HM: Clinical features of inpatient suicide. *Psych Annals*. 1993;23(5):256-262.
- 151) Williams SC, Schmaltz SP, Castro GM, Baker DW. Incidence and Method of Suicide in Hospitals in the United States. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2018;44(11):643-650.
- 152) Ho TP. The suicide risk of discharged psychiatric patients. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:702-7.
- 153) Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, Alavi K, Khaleghparast S. Suicide prevention and follow-up services: A narrative review. *Glob J Health Sci*. 2015;8:145-53.
- 154) Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:694-702.
- 155) Geulayov G, Casey D, Bale L, Brand F, Clements C, Farooq B, et al. Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(12):1021-1030.

- 156) Brown GK, Green KL. A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: Where do we go from here? *Am J Prev Med*. 2014;47:S209-15.
- 157) Follow Up Matters. Follow-up care supports the transition of individuals who are in suicidal crisis as they continue their journey towards recovery [en línea]. <https://bit.ly/36CfKkl> [consulta: 23 marzo 2021].
- 158) Burns CD, Cortell R, Wagner BM. Treatment compliance in adolescents after attempted suicide: a 2-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Aug;47(8):948-57.
- 159) Gvion Y, Levi-Belz Y. Serious Suicide Attempts: Systematic Review of Psychological Risk Factors. *Front Psychiatry*. 2018;9:56.
- 160) Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: National clinical survey. *British Medical Journal*. 1999;318:1235-1239.
- 161) Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: A case-control study. *Lancet*. 1999;353:1397-1400.
- 162) Malone KM, Szanto K, Corbitt EM, Mann JJ. Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152:1601-1607.
- 163) Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:544-54.
- 164) Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA, et al. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:544-54.
- 165) Brown GK, Jager-Hyman S. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. *American Journal of Preventive Medicine*. 2014;47:186-194.
- 166) Lindner R, Schneider B. Psychotherapy of suicidality. *Nervenarzt*. 2016;87:488-95.
- 167) Shea SC. The practical art of suicide assessment. A guide for mental health professionals and substance abuse counselors. Nueva York Nueva York, EE. UU.: John Wiley and Sons; 1999.
- 168) Jacobs DG (ed.). The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco (California, EE. UU.): Josey-Bass; 1999.
- 169) Hill NTM, Halliday L, Reavley NJ. Guidelines for integrated suicide-related crisis and follow-up care in Emergency Departments and other acute settings. Sídney (Australia): Black Dog Institute; 2017.
- 170) Department of Health. Working with the suicidal person. A summary guide for emergency departments and mental health services. Victoria (Canadá); 2010.
- 171) Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH, et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *J Prev Med Public Health*. 2013;46(3):147-54.
- 172) Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. Datos y cifras [en línea]. <https://bit.ly/36rovhn> [consulta: 23 marzo 2021].
- 173) Gaceta Médica. Investigación. Más de un 40 % de los pacientes con patología dual presenta ideas de suicidio. II Congreso Mundial de la World Association on Dual Disorders (WADD) y VI Congreso Internacional de la Sociedad Española de Patología Dual [en línea]. <https://bit.ly/2A9EaFV> [consulta: 23 marzo 2021].
- 174) Pérez-Gálvez B. Prevención e intervención de la conducta suicida en personas con adicciones a sustancias. En: Anseán-Ramos A. Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida (2ª ed.). Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014.
- 175) Organización Mundial de la Salud. Resolución de la 65ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA65.4 Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Ginebra (Suiza); 2012.
- 176) Organización Mundial de la Salud. Resolución de la 66ª Asamblea Mundial de la Salud. WHA66.8 Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Ginebra (Suiza); 2013.
- 177) Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra (Suiza); 2013.
- 178) Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
- 179) Organización Mundial de la Salud. 60ª Asamblea Mundial de la Salud A60/19 Punto 12.12 del orden del día provisional. Incorporación del análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS: proyecto de estrategia. Ginebra (Suiza); 2007.

- 180) Unión Europea. Declaración Europea de Salud Mental 2005 [en línea]. <https://bit.ly/2NR7YiO> [consulta: 23 marzo 2021].
- 181) Unión Europea. Plan de Acción Europeo para la Salud Mental 2005.
- 182) Unión Europea. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Junio de 2008.
- 183) Resolución del Parlamento Europeo de 19 de febrero de 2009 sobre la salud mental (2008/2209(INI)).
- 184) Constitución española de 1978.
- 185) Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad.
- 186) Real decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.
- 187) 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.
- 188) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 189) Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- 190) Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- 191) Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública.
- 192) Real decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- 193) Real decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.
- 194) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2007.
- 195) Redacción Médica. Así era la Estrategia de Salud Mental que Sanidad «desperdió» en 2016 [en línea]. <https://bit.ly/3aprmMH> [consulta: 23 marzo 2021].
- 196) Infocop. Aprobada en el Congreso la actualización de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [en línea]. <https://bit.ly/3clSoCm> [consulta: 23 marzo 2021].
- 197) Congreso de los Diputados. Diario de sesiones del Congreso de los diputados. Comisiones. Año 2017 XII Legislatura núm. 367. Sanidad y servicios sociales.
- 198) Decreto 37/2001, de 9 de marzo, de creación del Foro de la Salud Mental de las Islas Baleares.
- 199) Decreto 99/2002, de 19 de julio, de ordenación de la atención a la salud mental en la comunidad autónoma de las Islas Baleares.
- 200) Orden de 7 de mayo de 2004 de la consejera de Salud y Consumo por la que se regula la Comisión Institucional de Salud Mental de las Islas Baleares y el Comité Técnico Asesor de Salud Mental de las Islas Baleares.
- 201) Orden de la consejera de Salud y Consumo de día 10 de mayo de 2004 por la que se crea el Consejo Asesor de la Salud Mental.
- 202) Orden de 23 de enero de 2006 de la consejera de Salud y Consumo por la que se modifica la Orden de día 7 de mayo de 2004 por la que se regula la Comisión Institucional de Salud Mental de las Islas Baleares y el Comité Técnico Asesor de Salud Mental de las Islas Baleares.
- 203) Consejería de Salud y Consumo. Estrategia de Salud Mental de las Islas Baleares; 2006 [en línea]. <https://bit.ly/2YOBgvt> [consulta: 23 marzo 2021].
- 204) Decreto 7/2016, de 12 de febrero, por el que se regula el acceso al servicio ocupacional para personas con discapacidad por trastorno mental grave y la gestión de la lista de espera de las plazas de este servicio.
- 205) Ley 11/2016, de 28 de julio, de igualdad de mujeres y hombres.
- 206) Decreto 66/2016, de 18 de noviembre, por el que se aprueba la cartera básica de servicios sociales de las Islas Baleares 2017-2020 y se establecen principios generales para las carteras insulares y locales.
- 207) Conselleria de Salut. Pla Estratègic de la Conselleria de Salut de les Illes Balears 2016-2020. Palma: Govern de les Illes Balears; 2016.
- 208) Consejería de Salud. Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022. Palma: Gobierno de las Islas Baleares; 2016
- 209) Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ. 2019;364:I94.

- 210) Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Washington; 2014.
- 211) Organización Mundial de la Salud. Suicidios: datos y cifras, 2019 [en línea]. <https://bit.ly/2Hdc1vE> [consulta: 23 marzo 2021].
- 212) Organización Mundial de la Salud. Mortality Data [en línea]. <https://bit.ly/3lOJ7rO> [consulta: 23 marzo 2021].
- 213) World Health Organization. Suicide in the world. Global Health Estimates. Ginebra (Suiza); 2019.
- 214) Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas-Suicidio [en línea]. <https://bit.ly/2Hdc1vE> [consulta: 23 marzo 2021].
- 215) OECD. Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators [en línea]. <https://bit.ly/3lKnF7c> [consulta: 23 marzo 2021].
- 216) OECD. Suicide rates (indicator) [en línea]. <https://bit.ly/3fbFnzi> [consulta: 23 marzo 2021].
- 217) Drapeau CW, McIntosh JL. U.S.A. suicide: 2018. Official final data. Washington: American Association of Suicidology.
- 218) Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010;71:1617.
- 219) Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192:98.
- 220) Mortier P, Auerbach RP, Alonso J, Bantjes J, Benjet C, Cuijpes P, et al. Suicidal Thoughts and Behaviors Among First-Year College Students: Results From the WMH-ICS Project. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(4):263-273.e1.
- 221) OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle [en línea]. <https://bit.ly/3ckEPFs> [consulta: 23 marzo 2021].
- 222) World Health Organization. Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. Ginebra (Suiza); 2018.
- 223) European Union. Eurostat regional yearbook 2019. Luxemburgo: Publications Office of the European Union; 2019.
- 224) Bernal M, Haro JM, Bernert S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007 Aug;101(1-3):27-34.
- 225) Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):28-37.
- 226) Jaffe DH, Rive B, Denée TR. The burden of suicidal ideation across Europe: a cross-sectional survey in five countries. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2019;5:2257-227.
- 227) Ruiz Pérez I, Orly de Labry Lima A. El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20(1):25-31.
- 228) Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 229) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid; 2009 [en línea] <https://bit.ly/39drIDP> [consulta: 23 marzo 2021].
- 230) Fernández Egido C, García Herrero G, Romero García R, Marquina Santos AJ. Intoxicaciones agudas en las urgencias extrahospitalarias. *Emergencias*. 2008;20:32831.
- 231) Caballero Vallés PJ, Dorado Pombo S, Jerez Basurco B, Medina Sampedro M, Brusínt Olivares B. Vigilancia epidemiológica de la intoxicación aguda en el Área Sur de la Comunidad de Madrid: Estudio VEIA 2000. *An Med Interna*. 2004;21(2):628.
- 232) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2009 [en línea]. <https://bit.ly/2wjkgGj> [consulta: 23 marzo 2021].
- 233) Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagu G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general. *Medicina Clínica*. 2007;129(13):494-500.
- 234) Blasco MJ, Castellví P, Almenara J, Lagares C, Roca M, Sesé A, et al. On behalf of the UNIVERSAL study group. Predictive models for suicidal thoughts and behaviors among Spanish University students: rationale and methods of the UNIVERSAL (University & mental health) project. *BMC Psychiatry*. 2016;16:122.
- 235) Centers for Disease Control and Prevention. Recomendaciones para reportar el suicidio [en línea]. <https://bit.ly/3fUEhVs> [consulta: 23 marzo 2021].

Participantes

Grupo comunitario

Alfaro Gómez, María	Servicio de Ejecución de Medidas de Justicia Juvenil de la Dirección General de Infancia, Juventud y Familias. Consejería de Asuntos Sociales y Deportes
Amengual Servera, Francesca	Servicio de Ejecución de Medidas de Justicia Juvenil de la Dirección General de Infancia, Juventud y Familias. Consejería de Asuntos Sociales y Deportes
Andújar Rovira, Tomás	Consejo de Redacción de la Delegación en las Islas Baleares de Agencia EFE
Bibiloni Niell, Margalida	Servicio de Atención a la Discapacidad de la Dirección General de Atención a la Dependencia. Consejería de Asuntos Sociales y Deportes
Blesa Vidal, María Francisca	Dirección Insular de Personas con Discapacidad e Innovación Social. Consejo de Mallorca
Cabeza Irigoyen, Elena	Servicio de Promoción de la Salud y de Hábitos Saludables de la Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Consumo
Coll Pons, Margalida	Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Consumo
Costa Pérez, Cristian	Departamento de Inclusión Social. Cruz Roja en las Islas Baleares
Covas Femenia, Rafael	Instituto de Seguridad Pública de las Islas Baleares de la Dirección General de Emergencias e Interior. Consejería de Presidencia, Función Pública e Igualdad
Del Barrio Delgado, Noemí	Asociación ImmensaMent
Feliu Aymar, Dolça	Departamento de Inclusión Social. Cruz Roja en las Islas Baleares
Fernández Comas, Marta	Dirección General de Comunicación. Consejería de Presidencia, Función Pública e Igualdad
Ferrer Verdera, Marina	Consejo Insular de Formentera
Font Mach, Jaume	Convivèxit. Consejería de Educación y Formación Profesional
García Toro, Mauro	Departamento de Medicina. Universidad de las Islas Baleares
Hila Vargas, Carmen	Departamento de Orientación e Intermediación del Servicio de Empleo de las Islas Baleares (SOIB). Consejería de Modelo Económico, Turismo y Trabajo
Inglà Pol, María	Centro Municipal de Promoción de la Salud. Ayuntamiento de Palma
Jiménez Pons, Sara	Departamento de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Es Migjorn Gran
Lara Julián, Lourdes	Oficina Balear de la Infancia y la Adolescencia. Consejería de Asuntos Sociales y Deportes
Martí Capell, Anna	Servicios Sociales Comunitarios Básicos. Ayuntamiento de Alaior
Navarro Duch, Elena	Área de Turismo, Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Palma
Ponce Rigo, Pilar	Asociación 3 Salut Mental
Ricci Voltas, Esther	Consejo Insular de Menorca
Rosauro Maqueda, Isabel	Centro Municipal de Promoción de la Salud. Ayuntamiento de Palma
Serra Vizoso, María Rosa	Oficina de Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual. Ministerio de Justicia
Vidal Mangas, Maria del Carme	Coordinación de Salud y Género de la Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Consumo

Grupo de emergencias

Barón Espinosa, Agustina I.	Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Área de Salud de Ibiza y Formentera. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Capellà Ripoll, María	Grupo APS de la Gerencia de Atención de Urgencias 061. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Ciudad Palomino, Francisco	Servicio de Urgencias del Hospital Comarcal de Inca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Fernández Oriol, Marcelo Jorge	Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Área de Salud de Ibiza y Formentera. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Ferrer Mygind, Juan	Grupo APS de la Gerencia de Atención de Urgencias 061. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Fraile Sanz, Joaquim	Cuerpo de Bomberos de Formentera. Consejo Insular de Formentera
Juste Pina, María Isabel	Grupo de Trabajo de Emergencias Extrahospitalarias de la Gerencia de Atención de Urgencias 061. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Lafau Marchena, José Oriol	Psiquiatría de guardia. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Leciñena Esteban, María Ángeles	Servicio de Urgencias del Hospital Can Misses (Eivissa). Área de Salud de Ibiza y Formentera. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Lladó Alemany, Sebastià	Sección Asistencial de la Policía Local. Ayuntamiento de Palma
Llambias Ribot, Sergio	Instituto Balear de Seguridad y Salud Laboral. Consejería de Modelo Económico, Turismo y Trabajo
Macías Martín, Juan Tomás	Cuerpo Nacional de Policía. Ministerio del Interior
Martínez Requena, Miguel	Cuerpo Nacional de Policía. Ministerio del Interior
Martorell Palou, Vicenç	Instituto de Seguridad Pública de las Islas Baleares de la Dirección General de Emergencias e Interior. Consejería de Presidencia, Función Pública e Igualdad
Molinas Mut, Katya	Servicio de Urgencias de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Munar Ferragut, Pere	Grupo APS de la Gerencia de Atención de Urgencias 061. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Navarro Langa, David	Guardia Civil. Ministerio del Interior
Ortega Ballester, Luis M.	Cuerpo de Bomberos de Palma. Ayuntamiento de Palma
Perelló García, Magdalena	Grupo APS de la Gerencia de Atención de Urgencias 061. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Placer Fleitas, Daylin	Grupo APS de la Gerencia de Atención de Urgencias 061. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Pons Sintés, Mónica	Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Área de Salud de Menorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Pozo Rodríguez, María del Carmen	Grupo APS de la Gerencia de Atención de Urgencias 061. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Raduán de Páramo, Carlos	Servicio de Urgencias de Atención Primaria de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Ramis Oliver, Antonia	Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (GIPEC). Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares
Romero Fraix, Agustín	Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Son Llàtzer (Palma). Servicio de Salud de las Islas Baleares
Sánchez Santos, Rosa María	Grupo APS de la Gerencia de Atención de Urgencias 061. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Torres Ailhaud, Javier	Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (GIPEC). Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares
Voigt Dabbert, Anke Renate	Servicio de Urgencias de Atención Primaria del Área de Salud de Menorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Grupo de epidemiología

Ávila Velázquez, Gabriela	Servicio de Patología del Instituto de Medicina Legal de las Islas Baleares. Ministerio de Justicia
Borràs Rhodes, Diana	Área de Demografía del Instituto de Estadística de las Islas Baleares. Consejería de Modelo Económico, Turismo y Trabajo
Fernández Sierra, María Inés	Servicio de Patología del Instituto de Medicina Legal de Islas Baleares. Ministerio de Justicia
Muñoz Alonso, Yolanda	Dirección General de Prestaciones y Farmacia. Consejería de Salud y Consumo
Salom Castell, Magdalena	Servicio de Registro de Mortalidad del Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Consumo
Sánchez Peira, Sara	Servicio de Patología del Instituto de Medicina Legal de las Islas Baleares. Ministerio de Justicia

Grupo de salud mental y atención primaria

Bibiloni Guasp, Francisca	Coordinación de Drogas de la Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Consumo
Castedo Copete, Tomás	Departamento de Tecnología de la Información y Comunicaciones. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Crespí Ginard, Guillem	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Llevant. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Ezinmo Barrera, Óscar	Departamento de Tecnología de la Información y Comunicaciones. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Fernández Oriol, Marcelo Jorge	Atención primaria de la Gerencia del Área de Salud de Ibiza y Formentera. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Fernández Tomás, Laura	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Tramuntana. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Flórez Fernández, María Isabel	Instituto Balear para la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Gabaldón Balsalobre, María Dolores	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Tramuntana. Servicio de Salud de las Islas Baleares
García Roca, María Elena	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Tramuntana. Servicio de Salud de las Islas Baleares
González Guillén, Alicia	Teléfono de la Esperanza en las Islas Baleares
Martín Cabrero, Beatriz	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Merino del Villar, Cristina	Área Asistencial de Salud Mental de Ibiza y Formentera. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Morell García, María Francisca	Asociación de Familiares y Amigos Supervivientes por Suicidio de las Islas Baleares (AFASIB)
Noceda Polar, Silvia	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Oberguggenberg, Rainer Chrysant	Área Sociosanitaria de Salud Mental. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Ovejero Muñoz, Marina Paula	CoorEducaSalutMental. Consejería de Salud y Consumo
Piriz López, Enrique	Centro Penitenciario de Mallorca. Ministerio del Interior
Planelles Font, Teresa	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Ponent. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Pons Sintes, Mónica	Atención primaria del Área de Salud de Menorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares



Prata, Jennifer	Ángeles de Azul y Verde
Prior Morcillo, María del Carmen	Dirección General de Infancia, Juventud y Familias. Consejería de Asuntos Sociales y Deportes
Rado Portell, Francesca	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Ponent. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Ribot Miquel, María Antonia	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Río Santalla, Ana Díaz del	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Rojas Vázquez, Susana Carolina de	Centro Penitenciario de Mallorca. Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior
Roset Ferrer, Carolina	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Ponent. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Ruano Gil, María del Mar	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Ponent. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Sureda Barbosa, María del Mar	Gerencia de Atención Primaria Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Teijeira Levet, Claire	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Tramuntana. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Tomàs Tomàs, Maria del Mar	Gerencia de Atención Primaria Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Voigt Dabbert, Anke Renate	Atención primaria del Área de Salud de Menorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Yebra Rotger, María Magdalena	Área Asistencial de Salud Mental de Menorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Grupo coordinador

García de Castrillón Ramal, Joaquim	Técnico de Proyectos de la Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Haber Eterovic, Nicole Karin	Responsable del Observatorio del Suicidio y de la coordinación del proyecto autonómico para la prevención de la conducta suicida. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Lafau Marchena, José Oriol	Coordinador autonómico de Salud Mental. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Asesoría técnica

Anseán Ramos, Andoni	Director del proyecto. Fundación Española para la Prevención del Suicidio
Fort Culillas, Silvia	Técnica del proyecto. Fundación Española para la Prevención del Suicidio
Muñoz Mayorga, Ingrid	Consultora del proyecto. Fundación Española para la Prevención del Suicidio

Revisores: grupo de trabajo del Observatorio del Suicidio

Canet Cortés, María del Carmen	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Capellà Ripoll, María	Grupo APS de la Gerencia de Atención de Urgencias 061. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Crespí Ginard, Guillem	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Llevant. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Díaz del Río Santalla, Ana	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Flórez Fernández, María Isabel	Instituto Balear por la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia. Servicio de Salud de las Islas Baleares

García de Castrillón Ramal, Joaquim	Técnico de Proyectos de la Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares. Servicio de Salud de las Islas Baleares
García Roca, María Elena	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Tramuntana. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Girela Martín, José Luis	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Llevant. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Haber Eterovic, Nicole Karin	Responsable del Observatorio del Suicidio. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Juste Pina, María Isabel	Grupo APS de la Gerencia de Atención de Urgencias 061. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Lafau Marchena, José Oriol	Coordinador autonómico de Salud Mental. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Martín Cabrero, Beatriz	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Merino Villar, Cristina	Área de Salud Mental de Ibiza y Formentera. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Ovejero Muñoz, Marina Paula	CoorEducaSalutMental. Consejería de Salud y Consumo
Pizà Portell, María Rosa	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Planelles Font, Teresa	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Ponent. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Rado Portell, Francesca	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Ponent. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Ramírez Manent, José Ignacio	Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Ribot Miquel, María Antonia	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Romero Fraix, Agustín	Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Son Llàtzer. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Roset Ferrer, Carolina	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Ponent. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Segura Valencia, Manuel Luis	Área Asistencial de Salud Mental de Ibiza y Formentera. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Sureda Barbosa, María del Mar	Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Teixeira Levet, Claire	Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Tramuntana. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Tomàs Tomàs, María del Mar	Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
Yebra Rotger, María Magdalena	Área Asistencial de Salud Mental de Menorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Revisores externos

Acosta Artiles, Francisco Javier	Psiquiatra técnico del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio Canario de Salud
Andújar Rovira, Tomás	Redactor de la Agencia EFE y miembro de la Ejecutiva del Sindicato de Periodistas de las Islas Baleares
Bonet Dalmau, Pere	Director de la Cátedra de Salud Mental de la Universidad de Vic - Universidad Central de Cataluña y la Fundación Althaia. Presidente del Clúster de Salud Mental de Cataluña
Borràs Sansaloni, Carmen	Profesora titular de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico y vicedecana de Prácticum del Departamento de Psicología. Universidad de las Islas Baleares
Escudero López, Juan Tomás	Profesor titular del Área de Psicología Básica. Universidad de las Islas Baleares
Forteza Forteza, María Dolores	Profesora titular del Área de Pedagogía Aplicada y Psicología de la Educación Didáctica y Organización Escolar y directora de la Oficina de Apoyo a Personas con Necesidades Especiales. Universidad de las Islas Baleares

Martínez de Salazar Arboleas, Alma	Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Psicóloga de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario de Torrecárdenas (Almería)
Pradana Carrión, María Luz	Asociación Balear de Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría - Profesionales de Salud Mental
Rodríguez Cano, Teresa	Coordinadora de Salud de Mental de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Castilla - La Mancha
Rosselló Mir, Jaume	Profesor titular del Departamento de Psicología. Equipo Investigador Evolución y Cognición Humana. Universidad de las Islas Baleares
Servera Barceló, Mateu	Profesor titular del Área de Psicología Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico y director del Servicio Universitario de Atención Psicológica. Universidad de las Islas Baleares
Tortella Feliu, Miquel	Psicólogo clínico del Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud. Universidad de las Islas Baleares
Villar Cabeza, Francisco	Psicólogo clínico y coordinador del Programa de Atención a la Conducta Suicida del Menor. Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)

Entidades

ADMINISTRACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LAS ISLAS BALEARES

Consejería de Salud y Consumo

Servicio de Salud de las Islas Baleares

Área Asistencial de Salud Mental de Ibiza y Formentera

Área Asistencial de Salud Mental de Mallorca

Área Asistencial de Salud Mental de Menorca

Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Llevant (Hospital de Manacor)

Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Migjorn (Hospital Universitario Son Llàtzer [Palma])

Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Ponent (Hospital Universitario Son Espases [Palma])

Área de Salud Mental del Sector Sanitario de Tramuntana (Hospital Comarcal de Inca)

Área Sociosanitaria de Salud Mental (Hospital Psiquiátrico [Palma])

Departamento de Tecnología de la Información y Comunicaciones

Instituto Balear para la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia

Oficina de Salud Mental de las Islas Baleares

Servicio de Atención de Urgencias 061

Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Ibiza y Formentera

Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Mallorca

Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Menorca

Coordinación de Drogas

CoorEducaSalutMental

Dirección General de Salud Pública y Participación

Coordinación de Salud y Género

Registro de Mortalidad del Servicio de Epidemiología

Servicio de Promoción de la Salud y de Hábitos Saludables

Dirección General de Prestaciones y Farmacia

Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares

Consejería de Asuntos Sociales y Deportes

Oficina Balear de la Infancia y la Adolescencia

Consejería de Educación y Formación Profesional

Universidad de las Islas Baleares

Consejería de Modelo Económico, Turismo y Trabajo

Dirección General de Trabajo y Salud Laboral

Instituto de Estadística de las Islas Baleares

Servicio de Empleo de las Islas Baleares

Departamento de Orientación e Intermediación

Consejería de Presidencia, Función Pública e Igualdad
Dirección General de Comunicación
Dirección General de Emergencias e Interior
Instituto de Seguridad Pública de las Islas Baleares
Servicio de Emergencias de las Islas Baleares (112)

ADMINISTRACIÓN LOCAL

Consejo de Mallorca
Servicio de Atención a Supervivientes del Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales
Consejo Insular de Formentera
Cuerpo de Bomberos de Formentera
Consejo Insular de Ibiza
Consejo Insular de Menorca
Ayuntamiento de Alaior
Ayuntamiento de Es Migjorn Gran
Ayuntamiento de Palma
Cuerpo de Bomberos del Ayuntamiento de Palma
Policía Local de Palma

ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO

Ministerio de Justicia
Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
Oficina de Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual
Ministerio del Interior
Atención de Salud Mental Penitenciaria (Centro Penitenciario de Mallorca)
Cuerpo Nacional de Policía
Guardia Civil

ENTIDADES PRIVADAS

3 Salut Mental
Agencia EFE
Ángeles de Azul y Verde
Asociación de Familiares y Amigos Supervivientes por Suicidio de las Islas Baleares
Cruz Roja en las Islas Baleares
Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes del Colegio Oficial de Psicología de las Islas Baleares
ImmensaMent
Sindicato de Periodistas de las Islas Baleares
Teléfono de la Esperanza en las Islas Baleares

Con el patrocinio de



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS