Castilla-La Mancha

sescam

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas

Castilla-La Mancha

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas

Castilla-La Mancha

ELABORACIÓN:

- Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención de Suicidio en Castilla-La Mancha.

REVISIÓN:

- Dirección General de Asistencia Sanitaria (DGAS)-Coordinación Regional de Salud Mental.
- Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección (DGPOI)-Servicio de Planificación.

APROBACIÓN:

- Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (JCCM).
- Dirección Gerencia del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Toledo, 10 de Septiembre de 2018

PRESENTACIÓN

El suicidio sigue siendo la primera causa de muerte no natural en España según el INE, cobrándose casi 10 vidas al día. Sin embargo, su reconocimiento como tal se sigue evitando en muchos casos. De forma respetuosa, se elude, ya fuera en círculos cercanos o en los medios, nombrar una causa de muerte siempre inesperada y dolorosa.

Sin embargo, hacer de esta causa de fallecimiento un tabú, no tiene por qué ser beneficioso para el resto de personas en riesgo de plantearse el suicidio. Frente a la ausencia de un compromiso efectivo por parte de todos a la hora de implementar planes de prevención, campañas, o estudios e investigaciones amplios a nivel universitario, debemos responder, desde las instituciones, los medios o la propia sociedad en general, con el convencimiento de que para evitar la lacra de los suicidios, lo primero que debemos hacer es hablar y actuar ante los suicidios.

En el Gobierno de Castilla-La Mancha, asumimos las dificultades que pueden surgir para tratar esta cuestión, pero también tenemos el convencimiento de que debemos poner en marcha medidas progresivas que reduzcan y eviten los suicidios.

Desde el **Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025**, planteamos estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas, siendo las que se presentan en este documento.

En este sentido, las líneas de acción 11 y 12 del Objetivo 6.2, en el Eje III - Sostenibilidad, Prevención y Promoción-, señalan la necesidad de aplicar estrategias de prevención del suicidio, mejorando la respuesta ante autolesiones y conductas suicidas en Castilla La-Mancha y prestando especial atención a colectivos de mayor riesgo.

La soledad y la desesperanza alimentan un desasosiego que debe ser enfrentado con la capacidad de hablar y sentirse escuchado. De hecho, y aunque los trastornos mentales puedan considerarse causa del suicidio, rara vez es ocasionado por un solo factor.

De hecho, la conducta suicida es un fenómeno multicausal y complejo, influido por diferentes factores emocionales, individuales o sociales entre otros. Podemos encontrar, entre esos diferentes factores, el abuso del alcohol, las drogas o el abuso físico, sexual, o situaciones de

acoso. Son los jóvenes los más vulnerables a estas situaciones. No obstante la edad avanzada, estar en situación de fragilidad y aislamiento es el principal factor de riesgo.

La mejora de la atención a las personas en riesgo de suicidio implica, por tanto, actuar sobre diversos factores de protección que puedan influir en la conducta, con acciones de difusión de protocolos y estrategias de detección y actuación, así como divulgación y sensibilización en el entorno familiar, social y profesional de la persona.

Es por eso que este trabajo es fruto de un importante esfuerzo de colaboración intersectorial e interdisciplinar para mejorar el conocimiento de la situación del suicidio en la región, aunar intereses en torno al problema y mejorar en cuanto a la coordinación y las maneras de intervenir.

Del mismo modo, las personas responsables de los Servicios o Unidades implicadas en la elaboración de este documento han seguido recomendaciones metodológicas y han realizado consultas oportunas. Las aportaciones realizadas, se han valorado en base a su viabilidad y utilidad. Las actuaciones propuestas se irán implementando de manera progresiva durante el periodo de vigencia del Plan, contando con la colaboración de todas las instituciones participantes.

Mención especial merecen en este sentido los miembros actuales del grupo de trabajo sobre suicidio, que son profesionales sanitarios y no sanitarios de diversas entidades: Equipos de Salud Mental (Unidad de Salud Mental de Adultos e Infanto-Juvenil, Unidades de Conductas Adictivas, Unidades de Trastornos Alimentarios, Hospitales de Día y Unidades de Hospitalización), Equipos de Atención Primaria, Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha (FSCLM), Instituto de Medicina Legal (IML), Gerencias de Urgencias y Emergencias (GUETS), Cruz Roja, Teléfono de la Esperanza, Federación de Asociaciones de Salud Mental en Castilla La-Mancha, profesionales del ámbito de Educación, Servicios Sociales, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Instituciones Penitenciarias y Universidad de Castilla La Mancha (UCLM).

Visibilizar el problema entre instituciones y sociedad, hablar del mismo, salvar el aislamiento y aliviar a la persona que piense en ello, tender y ser puente con los profesionales de la salud que pueden orientar y ayudar.

No es fácil hablar, nunca lo será, pero callar sobre el suicidio lo convierte en un tema tabú y lejano que no podemos permitir que se instaure de esa forma en nuestra sociedad, por lo que

la participación y colaboración de todos estos colectivos nos refuerza en un objetivo que todos compartimos, y es que el suicidio se puede prevenir.

Es por esa razón por la que desde la Consejería de Sanidad y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha no podemos sino reconocer el esfuerzo de todos los participantes y comprometernos a impulsar el avance de todas las actuaciones que se estén realizando y se vayan a llevar a cabo.

Jesús Fernández Sanz
Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

Componentes del grupo de trabajo

GRUPO INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- Francisco Ramón Martínez Luna. Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) de Ciudad Real.
- José Fernando Calvo Mauri. Psicólogo Clínico. USMIJ de Talavera de la Reina.
- Laura Torres Gómez-Hidalgo. Psicóloga Clínica. Unidad de Salud Mental (USM) de Illescas (Toledo).
- Manuel Espada Largo. Psicólogo Clínico. USMIJ de Toledo.
- Jorge Mármol Luengo. Director Centro de Atención Especializada al Menor (CAEM).
- Rocío Rodríguez Martín. Gabinete de la Consejería de Sanidad.
- Cesar Fernández Buey. Asesor. Unidad Procesos de Soporte. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicios Centrales del SESCAM.
- Juan Carlos Sánchez Fernández. Psicólogo del Servicio de Prevención y Apoyo a las familias. Consejería de Bienestar Social.
- Mª del Mar Guerrero Guerrero. Técnica de Menores del Servicio de Atención y Acompañamiento al Menor. Consejería de Bienestar Social.
- Ana Isabel Martín Ruiz. Jefa de Servicio Atención a la Diversidad y Programas, Consejería de Educación.
- Sergio Revenga Montejano. Psicólogo Clínico Residente. Talavera de la Reina.
- Margarita Lucía Pascual López. Psiquiatra. USMIJ de Ciudad Real.
- Mª del Pilar Alvites Ahumada. Psiquiatra. USMIJ de Alcázar de San Juan.
- Pedro Padilla Romero. Psiquiatra Residente. Talavera de la Reina.
- Estíbaliz García Sánchez. Jefa de Sección. Dirección General de Salud Pública y Consumo (DGSPC). Consejería de Sanidad.
- María Vejar Villamor. Coordinadora de Ejecución de Medidas Judiciales en Medio Abierto. Consejería de Sanidad.

REFERENTES DEL GRUPO DE TRABAJO

- Ignacio Redondo García. Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental.
- Maribel del Cerro del Cerro. Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental.

GRUPO EDAD ADULTA (18-65 AÑOS)

- Mª Angeles Sánchez-Cabezudo Muñoz. Psiquiatra. USM de Illescas (Toledo).
- Isabel Moreno García. Psiquiatra. USM de Toledo.
- Agustín Sicilia Martín. Psicólogo Clínico. USM de Puertollano.
- Juan Manuel Barrachina López. Psicólogo Voluntario Cruz Roja.
- Montserrat Vázquez Lolo. Coordinadora Federación Salud Mental Castilla-La Mancha.
- Lorena Bixquert Pla. Psicóloga Clínica. USM de Manzanares (Ciudad Real).
- Sonia Guijarro Luís. Psicóloga Clínica. Coordinadora USM de Tomelloso (Ciudad Real).
- Jesús Rodríguez Ángel. Psicólogo. Coordinador Regional Cruz Roja.
- Inés Gómez Jiménez. Psicóloga. Unidad de Hospitalización Breve. Ciudad Real.
- Miguel Ángel Vila Heredero. Psiquiatra. USM de Alcázar de San Juan.
- Enrique Escobar Saiz. Psiquiatra. USM de Alcázar de San Juan.
- Luis Donaire Adanez. Psiquiatra. USM de Toledo.
- Pilar García Ramberde. Psiquiatra. Coordinadora USM de Valdepeñas (Ciudad Real).
- Elisa Muñiz Ruiz. Pediatra. Responsable del Teléfono de la Esperanza en CLM.
- Pilar García Maldonado. Psicóloga. Unidad de Conductas Adictivas de Puertollano.
- Inmaculada Bonache Gutiérrez. Enfermera. Hospital Virgen del Valle. Toledo.
- Emma María Catalán Rueda. Jefa de Servicio de Planificación. DGPOI. Consejería de Sanidad.

REFERENTE DEL GRUPO DE TRABAJO

- Teresa Rodríguez Cano. Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental.

GRUPO ADULTOS MAYORES, ANCIANOS (>65) Y PERSONAS FRÁGILES

- Beatriz Mata Saenz. Psiquiatra. USM de Ciudad Real.
- Mª del Carmen Díaz Malaguilla Expósito. Trabajadora Social. USM de Ciudad Real.
- Mª Isabel Hernández Gómez. Trabajadora Social. AFAEPS. Albacete.
- Begoña Hoyas Santos. Psicóloga Clínica. USM de Toledo.
- Alfredo Guerrero Morcillo. Psiquiatra. Coordinador USM de Villarrobledo (Albacete).
- Carlos García Muñoz. Jefe de Servicio de Mayores. Consejería de Bienestar Social.
- Romeo Enrique Rivas Espinosa. Geriatra. Hospital Virgen del Valle de Toledo.
- Carlos Castor Moreno Rubio. Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría de Talavera de la Reina.

REFERENTES DEL GRUPO DE TRABAJO

- Beatriz Vallejo Sánchez. Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental.
- Carlos Rodríguez Gómez-Carreño. Psiquiatra. USM Ciudad Real.

GRUPO GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

- Enrique Galindo Bonilla. Técnico Superior. (DGPOI). Consejería de Sanidad.
- Gonzalo Gutiérrez Ávila. Jefe de Servicio de Epidemiología. (DGSPC). Consejería de Sanidad.
- Jose Luis Santos Ruiz. Psicólogo Clínico. USM de Ocaña (Toledo).
- Francisco José Celada Cajal. Enfermero Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS). Toledo.
- Miguel Ángel Pérez Lucas. Jefe Servicio Comunicación H. Nacional de Parapléjicos.
- Sara Rivero Baeza. Psicóloga. Jefa de Servicio de Psicología. Academia de Infantería de Toledo.
- Mª Carmen Sanz Navarro. Psicóloga. Teniente Academia de Infantería de Toledo.
- Mercedes Hernández Lucendo. Médico. GUETS. Toledo.
- Mª Carmen Martín Parra. Médico Forense. Representante del Instituto de Medicina Legal (IML). Toledo.
- Pedro Antonio Martínez Sánchez. Médico. Centro Penitenciario Ocaña 2.
- José Luis Fortes Álvarez. Médico de Familia. Centro de Salud de Abenójar. (Ciudad Real).
- Jorge Javier Ricarte Trives. Psicólogo. Universidad de Castilla La-Mancha.
- Valeriano Muñoz Hernández. Médico Forense. IML. Toledo.

REFERENTES DEL GRUPO DE TRABAJO

- Mª del Pino Morales Socorro. Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental.
- Miguel Ángel Atoche Fernández. Coordinador Regional de Centros de Especialidades y Grandes Infraestructuras.

ÍNDICE

1. Introducción

1.1. Conceptualización

1.2. Epidemiología del suicidio

1.2.1. Algunos datos epidemiológicos generales con respecto al suicidio

1.2.2. Indicadores demográficos básicos de Castilla La-Mancha (CLM)

1.2.3. Mortalidad por suicidio

1.2.4. Variables sociodemográficas

1.2.5. Tasas específicas de mortalidad por suicidio

1.2.6. Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio

1.2.7. Razón estandarizada de suicidio

1.2.8. Años potenciales de vida perdidos

1.2.9. Riesgo acumulado de morir por suicidio

1.2.10. Mortalidad por suicidio según sexo, grupo de edad y área

1.2.11. Mapas de riesgo de morir por suicidio

1.2.12. Datos sobre tentativas de suicidio atendidos por los servicios de urgencias y emergencias

1.2.13. Datos sobre muertes por suicidio en la provincia de Toledo estudiados por el Intituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLyCF) de Toledo y Ciudad Real

1.3. Factores determinantes y mitos sobre la conducta suicida

1.3.1. Factores de riesgo

1.3.2. Factores protectores

1.3.3. Mitos sobre el suicidio

2. Marco de referencia

2.1. Plan de Acción de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Plan de Salud Mental 2013-2020)

2.2. Plan de Salud Mental de Castilla La-Mancha (PSM-CLM 2018-2025)

3. Estrategias de intervención ante tentativas autolíticas y prevención del suicidio en Castilla La-Mancha

Línea estratégica 1: Generación y gestión del conocimiento

Línea estratégica 2: Prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en población adulta.

Línea estratégica 3: Prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en población infanto-juvenil

Línea estratégica 4: Prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en población adulta mayor

4. Factores clave para el desarrollo de la estrategia

5. Cronograma y plan de acción

6. Implementación y seguimiento

7. Glosario

8. Bibliografía

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

1

Introducción

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio representa un importante problema de salud pública y como tal su prevención es una prioridad para la Organización Mundial de la Salud[1]. Además, la prevención del suicidio requiere una visión, un conjunto de estrategias y un liderazgo sostenido para que las metas de prevención puedan lograrse. En este sentido, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2009-2013[2], recoge la priorización de actuar en la prevención y detección precoz de la conducta suicida.

1.1. CONCEPTUALIZACIÓN

La conceptualización de la conducta suicida es compleja. No obstante, resulta muy importante la adopción de una terminología uniforme así como clasificaciones precisas y operativas, tanto para la investigación como para la práctica clínica.

Una de las propuestas más conocidas, adoptada en la Guía de Práctica Clínica (GPC) del SNS (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012)[3], es la de Silverman y colaboradores (2007)[4], que distingue entre:

- Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
- Comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida.
- Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que la persona presenta diferente grado de intención de acabar con su vida. Se considera conducta suicida:
    - La autolesión o gesto suicida, que se trata de una conducta potencialmente lesiva autoinflingida para la que existe evidencia de que la persona no tiene intención de matarse, existiendo el deseo de utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, aunque puede llegar a provocar la muerte

(muerte autoinflingida no intencionada).

- El intento de suicidio, consistente en una conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia de intencionalidad de provocarse la muerte.
- El suicidio, o muerte autoinflingida con evidencia de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

1.2.1. ALGUNOS DATOS EPIDEMIOLÓGICOS GENERALES CON RESPECTO AL SUICIDIO

En España fallecen por suicidio aproximadamente 10’7 personas al día, más del doble que por accidentes de tráfico, siendo la principal causa de muerte en varones entre 20-24 años, aunque conocer con exactitud el número de suicidios es una tarea compleja[5]. Algunos factores de riesgo reconocidos son: presencia de un trastorno depresivo mayor/trastorno bipolar, dependencia de alcohol o sustancias, síntomas psicóticos, susceptibilidad familiar o antecedentes familiares, sexo varón, edad avanzada y enfermedad grave.

1.2.2. INDICADORES DEMÓGRÁFICOS BÁSICOS DE CASTILLA-LA MANCHA

Castilla La Mancha cuenta con una población de 2.034.801 habitantes (datos registrados a 1 de julio de 2017). La población masculina es mayoría, con 1.021.890 hombres, lo que supone el 50.22% del total, frente a las 1.012.911 mujeres que son el 49.77%. La densidad de población es de 26 habitantes por km^2. La pirámide de población de CLM (datos a 1 de julio de 2016) se corresponde con la de una población muy envejecida (gráfico 1), con una base muy estrecha y una cúspide achatada (el peso del grupo de mujeres de más de 85 años es similar al peso de las mujeres de 0-4 años).

Según los datos aportados por el Servicio de Epidemiología de la DGSPC de la Consejería de Sanidad de CLM, el índice de envejecimiento de Rosset (porcentaje de población con edad 60

años) es del 23,3%, que se corresponde con una población en fase muy avanzada de envejecimiento. Cuenca (28,9%), Puertollano (28,3%) y Talavera (27,3%) son las áreas más envejecidas, mientras que Toledo (20,1%) y Guadalajara (20,3%) son las menos envejecidas. El envejecimiento poblacional de CLM se explica en gran medida por unos niveles de fecundidad bajos, y mayor tasa de defunciones con respecto a los/las nacidos vivos, lo que supone una tasa negativa de crecimiento vegetativo (-0,83 por 1.000 habitantes). Las únicas áreas con crecimiento vegetativo positivo en los últimos años son Toledo (2,44/1.000 habitantes) y Guadalajara (1,25/1.000 habitantes). Las áreas con mayor crecimiento vegetativo negativo son Cuenca (-5,65/1.000 habitantes), Puertollano (-3,78/1.000 habitantes) y Talavera (-3,36/1.000 habitantes).

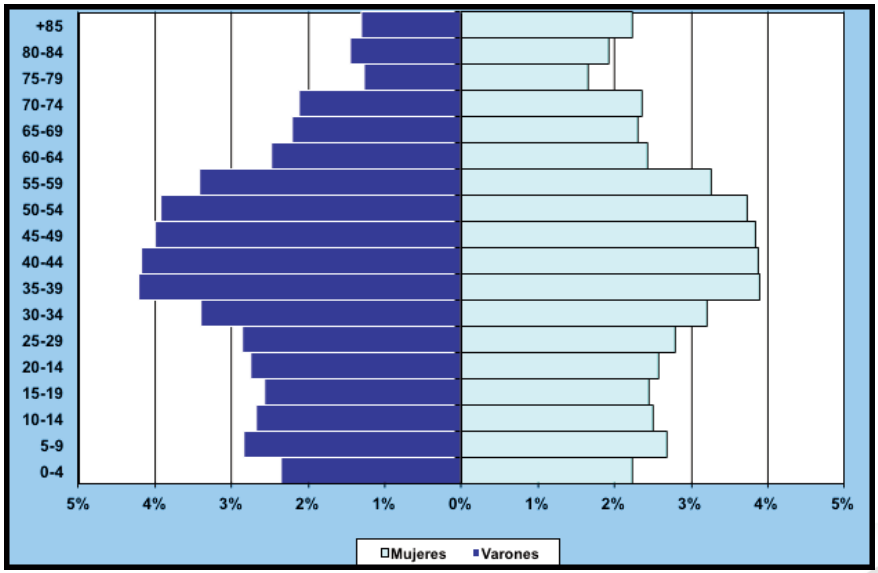

GRÁFICO 1. PIRÁMIDE DE POBLACIÓN. CLM, 2016. Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPC, Consejería de Sanidad. La forma en copa indica niveles muy bajos de fecundidad desde hace, al menos, 35-40 años, precedidos por varias cohortes con niveles más elevados de fecundidad. Estas últimas cohortes, irán engrosando en los próximos años los grupos de más edad por lo que es previsible que el envejecimiento se acentúe aún más.

1.2.3. MORTALIDAD POR SUICIDIO

Durante el periodo evolutivo analizado, 1991-2015, se produjeron en CLM 3.678 defunciones por suicidio, de las cuales 2.997 corresponden a varones (81% del total) y 681 a mujeres (19% del total). La razón varón/mujer en el conjunto del periodo fue de 4,4.

- En el año 2015 se produjeron en CLM 167 defunciones por suicidio, de las cuales 140 corresponden a varones (84% del total) y 27 a mujeres (16% del total). La razón de suicidios varón/mujer en el año 2015 fue de 5,2:1. La tasa por 100.000 habitantes fue 8,11.
- En el año 2016 se produjeron en CLM 135 defunciones por suicidio, de las cuales 113 corresponden a varones y 22 a mujeres. La razón varón/mujer en el año 2016 fue de 5,1:1. La tasa por 100.000 habitantes fue 6’35 suicidios.

1.2.4. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

EDAD DE SUICIDIO

La edad mediana de suicidio en CLM en el conjunto del periodo 1991-2015 fue de 59 años (59 años en varones y 60 años en mujeres). La edad mínima de suicidio, de 8 años y la máxima de 99 años.

En el periodo comprendido entre 2011 y 2015 la edad mediana de suicidio en CLM fue 54 años (55 años en varones y 50 años en mujeres). La edad mínima de suicidio en este periodo fue de 13 años y la máxima de 99 años.

Sexo	N	Edad Media	Error Estándar	Edad Mediana	Edad Mínima	Edad Máxima	Rango de Edad
1991-2015							
Varón	2.997	57,2	0,3839	59	8	99	91
Mujer	681	57,9	0,7601	60	13	96	83
Total	3.678	57,4	0,3430	59	8	99	91
2011-2015							
Varón	698	57,6	0,7604	55	14	99	85
Mujer	151	52,5	1,6460	50	13	94	81
Total	849	56,7	0,6933	54	13	99	86
2015							
Varón	140	57,0	1,7395	53	21	97	76
Mujer	27	53,6	3,6532	48	20	84	64
Total	167	56,5	1,5722	52	20	97	77

TABLA 1. INDICADORES RESUMEN DE EDAD DE MUERTE POR SUIDICIO SEGUN SEXO Y PERIODO. CLM, 1991-2015.
Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC. Consejería de Sanidad.

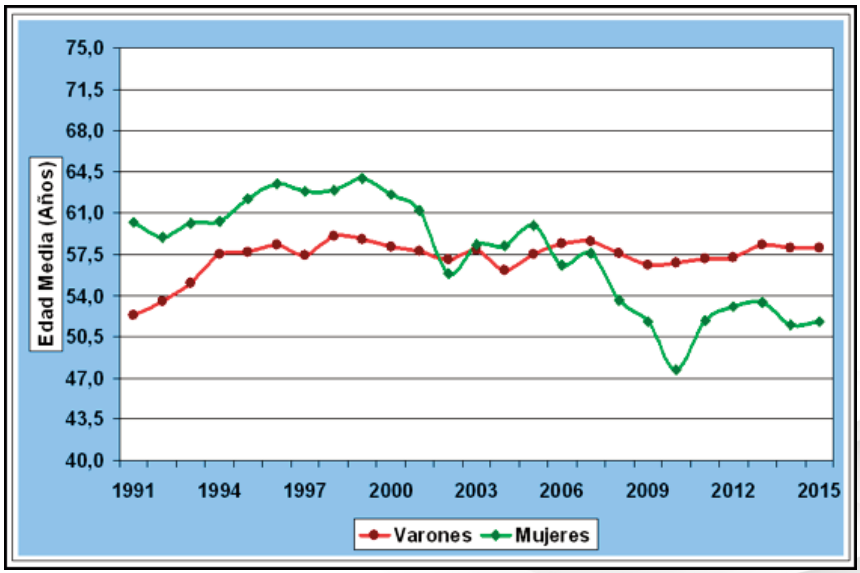

GRÁFICO 2. EDAD MEDIA ANUAL DE MUERTE POR SUICIDIO SEGÚN SEXO EN CLM, 1991-2015.
Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC. Consejería de Sanidad.

1.2.5. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO

Las tasas específicas de mortalidad por suicidio en el periodo 1991-2015, son mayores en varones que en mujeres en todos los grupos de edad. En varones las tasas aumenta progresivamente desde el grupo de edad de 15-24 años hasta el grupo de edad de 55-64 años. A partir de este grupo de edad aumenta de forma acusada hasta llegar al máximo en el grupo de edad de 85 y más años de edad. En mujeres también se observa un aumento progresivo de las tasas de mortalidad por suicidio aunque no se aprecia el acusado aumento que se observa en varones a partir de los 65 años.

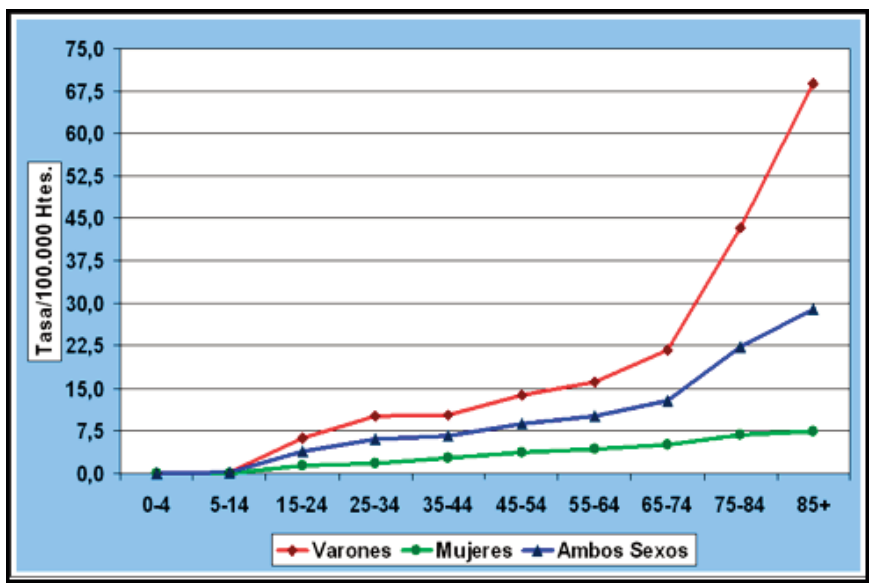

GRÁFICO 3. TASAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN CLM, 1991-2015.
Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC. Consejería de Sanidad.

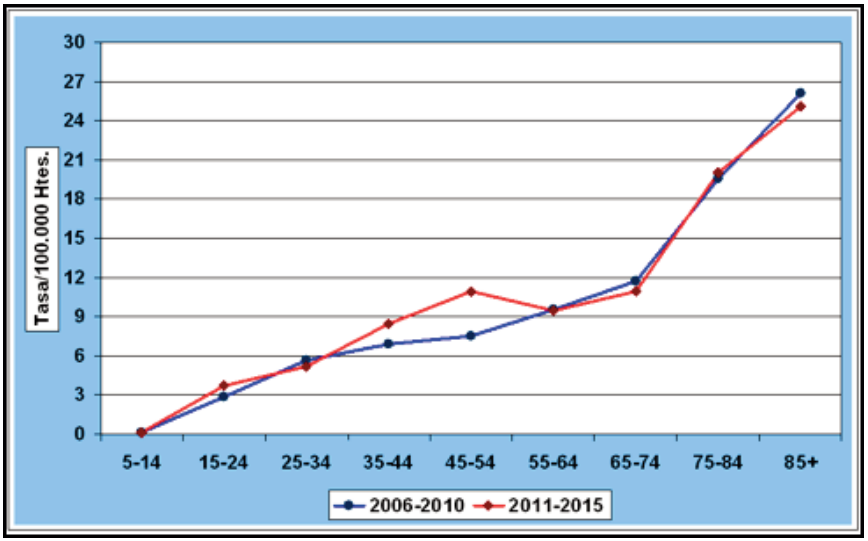

GRÁFICO 4. TASAS DE MORTALIDAD QUINQUENAL POR SUICIDIO SEGÚN GRUPOS DE EDAD EN CLM, 2006-10 VS 2011-15 (AMBOS SEXOS). Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC. Consejería de Sanidad.

Comparando las tasas específicas de mortalidad quinquenal del periodo 2006-2010 con las del periodo 2011-2015 se observa un incremento de las tasas de mortalidad en edad productiva (35 a 54 años), tanto en varones como en mujeres, aunque parece más evidente en varones.

1.2.6. TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD POR SUICIDIO

La tasa ajustada media anual de mortalidad por suicidio en CLM en el periodo 1991-2015 fue de 8,36 por 100.000 habitantes (Intervalo de Confianza (IC) 95%: 8,09-8,64). En varones fue de 13,80 por 100.000 varones (IC 95%: 13,30-14,31) y en mujeres de 3,07 por 100.000 mujeres (IC 95%: 2,84-3,31).

Las áreas sanitarias de Guadalajara, Toledo, Cuenca y Talavera presentaron una tasa ajustada media anual de mortalidad por suicidio en el periodo 1991-2015 inferior al de CLM. En el caso de las áreas de Toledo y Guadalajara la diferencia fue estadísticamente significativa.

Las áreas sanitarias de Mancha-Centro, Ciudad Real, Puertollano y Albacete presentaron una tasa ajustada media anual de mortalidad por suicidio en el periodo 1991-2015 superior a la de CLM. En el caso de las áreas de Mancha-Centro y Ciudad Real la diferencia fue estadísticamente significativa.

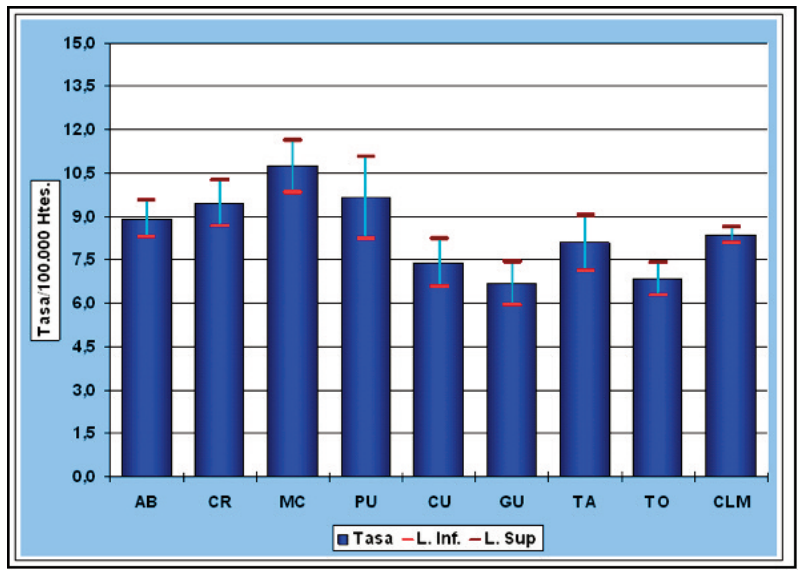

GRÁFICO 5. TASA AJUSTADA DE MORTALIDAD POR SUICIDIO SEGÚN ÁREA SANITARIA EN CLM, 1991-2015 (AMBOS SEXOS). Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC. Consejería de Sanidad.

La tasa ajustada media anual de mortalidad por suicidio en CLM en el quinquenio 2011-2015 fue de 8,31 por 100.000 habitantes (IC 95%: 7,75-8,87). En varones fue de 13,62 por 100.000 varones (IC 95%: 12,61-14,63) y en mujeres de 2,96 por 100.000 mujeres (IC 95%: 2,49-3,43).

Las áreas sanitarias de Guadalajara, Toledo y Cuenca presentaron una tasa ajustada media anual de mortalidad por suicidio en el quinquenio 2011-2015 inferior a la de CLM. La diferencia no resultó estadísticamente significativa en ninguna de ellas.

Las áreas sanitarias de Mancha-Centro, Ciudad Real, Puertollano, Albacete y Talavera mostraron una tasa ajustada media anual de mortalidad por suicidio en el quinquenio 2011-2015 superior a la de CLM. Tampoco se observó diferencia estadísticamente significativa en ninguna de ellas.

1.2.7. RAZÓN ESTANDARIZADA DE SUICIDIO

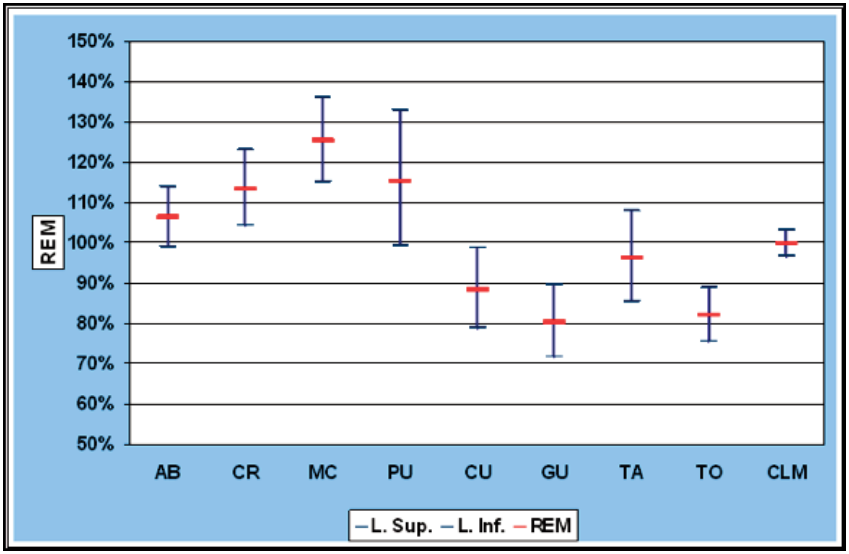

GRÁFICO 6. RAZÓN ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD (REM) POR SUICIDIO SEGÚN ÁREAS SANITARIAS EN CLM, 1991-2015 (AMBOS SEXOS).
Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC, Consejería de Sanidad.

Las áreas sanitarias de Mancha-Centro, Ciudad Real, Puertollano y Albacete tienen una razón estandarizada de mortalidad por suicidio en el periodo 1991-2015 superior a la de CLM. En el caso de las áreas de Mancha-Centro (REM: 125,4%; IC 95%: 115,4-136,1) y Ciudad Real (REM: 113,4%; IC 95%: 104,3-123,1) la diferencia es estadísticamente significativa.

Las áreas sanitarias de Guadalajara, Toledo, Cuenca y Talavera tienen una razón estandarizada de mortalidad por suicidio en el periodo 1991-2015 inferior a la de CLM. En el caso de las áreas de Toledo (REM: 82,2%; IC 95%: 75,7-89,0), Guadalajara (REM: 80,4%; IC 95%: 71,8-89,8) y Cuenca (REM: 88,5%; IC 95%: 79,1-98,7), la diferencia fue estadísticamente significativa.

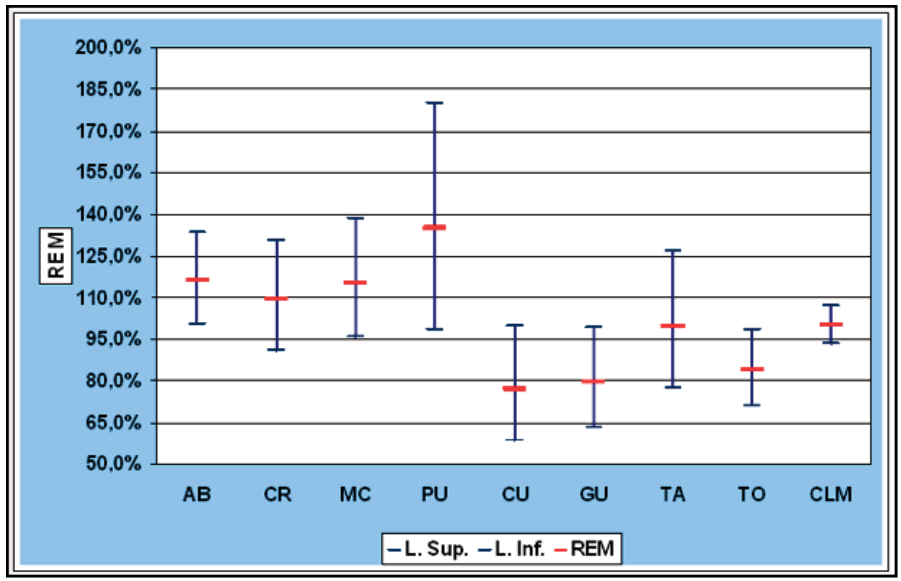

GRÁFICO 7. RAZÓN ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD (REM) POR SUICIDIO SEGÚN ÁREA SANITARIA EN CLM, 2011-15 (AMBOS SEXOS). Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC, Consejería de Sanidad.

Las áreas sanitarias de Mancha-Centro, Ciudad Real, Puertollano y Albacete tienen una razón estandarizada de mortalidad por suicidio en el quinquenio 2011-2015 superior a la de CLM. En ningún caso la diferencia es estadísticamente significativa. Las áreas sanitarias de Guadalajara, Toledo, Cuenca y Talavera tienen una razón estandarizada de mortalidad por suicidio en el quinquenio 2011-2015 inferior a la de CLM. En ningún caso la diferencia es estadísticamente significativa.

1.2.8. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP)

En el conjunto del periodo 1991-2015 el porcentaje de muertes por suicidio supuso en CLM el 0,84% del total de defunciones (1,33% en varones y 0,32% en mujeres). El porcentaje global se mantuvo prácticamente constante a lo largo de todo el periodo. Tan sólo en los años 2013 y 2014 supera el 1% del total de defunciones.

En ese mismo periodo el porcentaje de APVP por suicidio es del 4,34% (5,17% en varones y 2,48% en mujeres). Al contrario que el porcentaje de defunciones, el porcentaje de APVP muestra un aumento sostenido desde el año 2000 hasta el final del periodo. Este aumento es mucho más acusado desde el año 2008, alcanzando el máximo en el año 2014 (7,14%). La estabilidad del porcentaje anual de defunciones frente al incremento del porcentaje de APVP pudiera indicar que aunque el número de defunciones por suicidio no experimenta un aumento relevante, las defunciones por esta misma causa se producen en edades más precoces o, al menos, los APVP por suicidio no disminuyen de la misma manera que los APVP por otras causas.

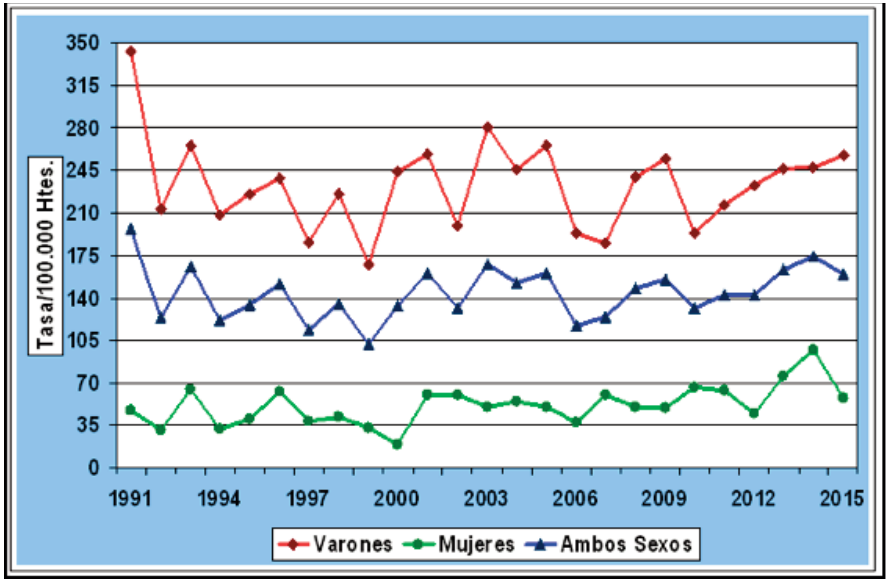

GRÁFICO 8. PORCENTAJE ANUAL DE DEFUNCIONES Y AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDO POR SUICIDIO SEGÚN SEXO EN CLM, 1991-2015 (AMBOS SEXOS). Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC, Consejería de Sanidad.

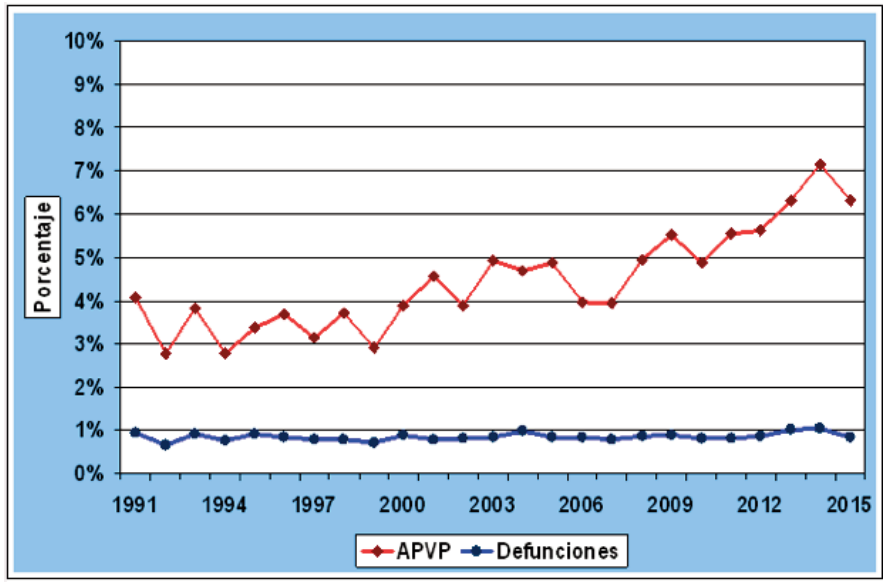

GRÁFICO 9. TASA ANUAL DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR SUICIDIO SEGÚN SEXO EN CLM, 1991-2015. Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC, Consejería de Sanidad.

La tasa media anual de APVP por suicidio en el conjunto del periodo ha sido de 144,5 APVP por 100.000 habitantes (233,2 APVP por 100.000 varones y 51,9 APVP por 100.000 mujeres). Con ligeras oscilaciones la tasa global de APVP permanece constante a lo largo del periodo oscilando en torno a 140 por 100.000 habitantes, aunque a partir de 2012 se observa un incremento que se mantiene hasta 2014.

En varones el comportamiento es similar, con tasas más elevadas obviamente, observándose un incremento acusado y sostenido desde 2010.

En mujeres las tasas son muy estables, no superando los 70 APVP por 100.000 mujeres hasta los años 2013 y 2014 en los que se observan las tasas máximas del periodo.

1.2.9. RIESGO ACUMULADO DE MORIR POR SUICIDIO

En CLM, el riesgo medio anual de morir por suicidio entre 0 y 69 años es de 0,41% en el conjunto del periodo 1991-2015 (0,66% en varones y 0,16% en mujeres). El mayor riesgo acumulado de morir por suicidio se observa, tanto en hombres como en mujeres, en el quinquenio 1991-1995 (0,71% en varones y 0,17% en mujeres) y en el quinquenio 2011-2015 (0,68% en varones y 0,17% en mujeres).

El riesgo medio anual de morir por suicidio (0-69 años) en CLM en el quinquenio 2011-2015 fue de 0,43%. Las áreas sanitarias con riesgo acumulado de morir inferior al riesgo medio de CLM en el quinquenio 2011-2015 fueron las de Ciudad Real (0,41%), Cuenca (0,39%), Toledo (0,37%) y Guadalajara (0,35%).

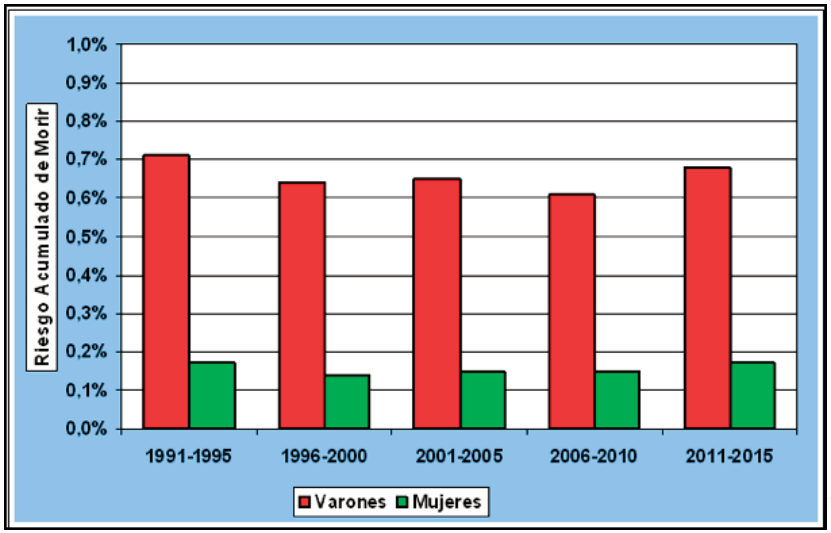

GRÁFICO 10. EVOLUCIÓN QUINQUENAL DEL RIESGO ACUMULADO DE MORIR POR SUICIDIO SEGÚN SEXO, CLM 1991-2015.
Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC, Consejería de Sanidad.

Las áreas sanitarias con riesgo acumulado de morir superior al riesgo medio de CLM en el quinquenio 2011-2015 fueron las de Talavera (0,45%), Mancha-Centro (0,47%), Puertollano (0,51%) y Albacete (0,53%).

1.2.10. MORTALIDAD POR SUICIDIO SEGÚN SEXO, GRUPO DE EDAD Y ÁREA

					Intervalo de Confianza	
Variable	**RR**	**EE**	**Z**	**P**	**L. Inferior**	**L. Superior**
SEXO						
Mujer	1,00	-	-	-	-	-
Varón	5,02	0,4523	17,92	-	4,21	5,99
Grupo de Edad						
10-14	0,05	0,0366	-4,14	-	0,01	0,10
15-19	0,35	0,1027	-3,58	-	0,20	0,62
20-24	0,62	0,1411	-2,09	0,0370	0,40	0,97
25-29	0,64	0,1381	-2,08	0,0380	0,42	0,97
30-34	0,74	0,1458	-1,51	0,1310	0,51	1,09
35-39	1,00	-	-	-	-	-
40-44	1,29	0,2161	1,51	0,1310	0,93	1,79
45-49	1,49	0,2447	2,44	0,0150	1,08	2,06
50-54	1,43	0,2413	2,12	0,0340	1,03	1,99
55-59	1,12	0,2124	0,59	0,5550	0,77	1,62
60-64	1,47	0,2728	2,07	0,0390	1,02	2,11
65-69	1,45	0,2803	1,92	0,0550	0,99	2,12
70-74	1,63	0,3186	2,48	0,0130	1,11	2,39
75-79	2,58	0,4483	5,45	-	1,83	3,63
80-84	3,43	0,5789	7,29	-	2,46	4,77
85+	4,20	0,7079	8,51	-	3,02	5,84
Área Sanitaria						
TO	1,00	-	-	-	-	-
AB	1,39	0,1493	3,09	0,0020	1,13	1,72
CR	1,33	0,1606	2,33	0,0200	1,05	1,68
MC	1,38	0,1691	2,66	0,0080	1,09	1,76
PU	1,64	0,2760	2,94	0,0030	1,18	2,28
CU	0,91	0,1406	-0,61	0,5440	0,67	1,23
GU	0,94	0,1297	-0,44	0,6590	0,72	1,23
TA	1,19	0,1739	1,21	0,2270	0,90	1,59

TABLA 2. MORTALIDAD POR SUICIDIO SEGÚN SEXO, EDAD Y ÁREA SANITARIA, CLM, 2011-2015 (MODELO DE REGRESIÓN DE POISSON). Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC, Consejería de Sanidad.

El modelo de regresión de Poisson referido al quinquenio 2011-2015, que incorpora sexo, edad y área de salud, ofrece las siguientes conclusiones:

GRÁFICO 11. Conclusiones sobre el modelo de regresión en mortalidad por suicidio en CLM, ajustando el efecto de la edad, sexo y área de salud.

Tomando como categoría basal el grupo de edad de 35-39 años, todas las categorías de menor edad tienen un riesgo de morir por suicidio inferior a la basal. En todas ellas la diferencia es estadísticamente significativa excepto el grupo de edad de 30-34 años.

Todas las categorías de mayor edad que la basal tienen un riesgo de morir por suicidio superior a ella. En todas ellas la diferencia es estadísticamente significativa excepto el grupo de edad de 40-44 años. La categoría de 45-49 años tiene un riesgo de morir por suicidio superior a todas las categorías con edad menor de 70 años.

Tomando como categoría basal el área sanitaria de Toledo, se observa que las áreas de Albacete, Ciudad Real, Mancha-Centro, Puertollano y Talavera tienen mayor riesgo de morir por suicidio que la de Toledo (la diferencia es estadísticamente significativa en las 4 primeras), mientras que en las áreas de Cuenca y Guadalajara el riesgo de morir por suicidio es menor que en la de Toledo, aunque en ninguna de las dos la diferencia es estadísticamente significativa.

1.2.11. MAPAS DE RIESGO DE MORIR POR SUICIDIO

La razón estandarizada de morir por suicidio es mayor en zonas de Ciudad Real, Mancha-Centro, Talavera y algunas zonas de Guadalajara.

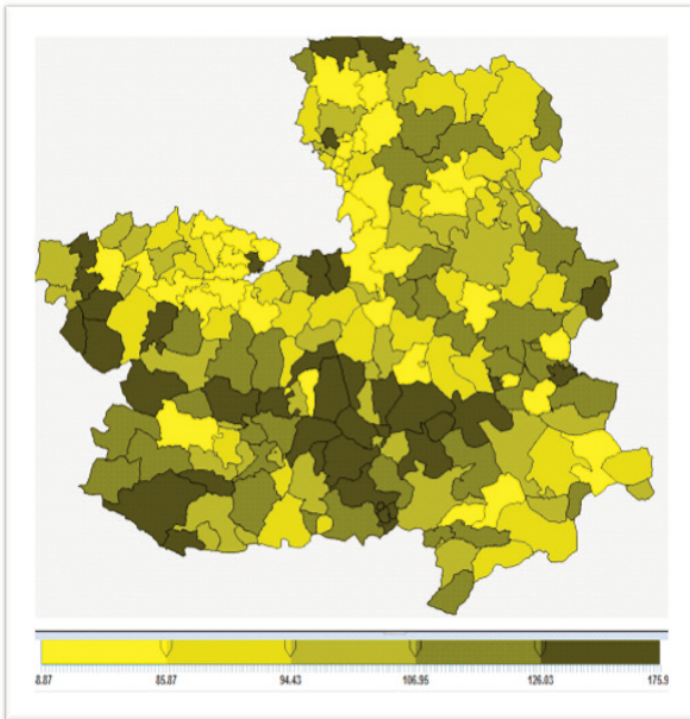

GRÁFICO 12. MAPA DE RIESGO DE MORTALIDAD POR SUICIDIO POR ZONAS DE SALUD EN CLM, 1991-2014 (AMBOS SEXOS). Fuente: Servicio de Epidemiología, DGSPyC, Consejería de Sanidad.

1.2.12. DATOS SOBRE TENTATIVAS DE SUICIDIO ATENDIDOS POR LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS DE CASTILLA LA-MANCHA

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de la serie de casos incidentes de intentos de suicidio atendidos por la Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS) de ámbito autonómico entre los años 2006 y 2015 (Celada, 2017)[6], cuyos principales resultados se resumen a continuación:

- De los 1.308 incidentes acontecidos de 2006 a 2015, el número de los intentos de suicidio realizados por mujeres fue de 711 casos (55,8%) y los ocasionados por hombres fue de 563 (44,2%). El grupo de edad con mayor incidencia fue el comprendido entre los 18 y 35 años.
- La distribución de frecuencias por años, reveló unos extremos de sucesos máximos en los años 2013 (162), 2014 (150) y 2015 (144) y mínimos en los años 2006 (104) y 2009 (106).
- De los intentos de suicidio en Castilla La-Mancha, un tercio ocurrieron en zona rural y la mayor parte de incidentes se dieron por la tarde.
- Los hombres utilizaron con mayor frecuencia métodos violentos. La sobredosis por fármacos fue el método de intento de suicidio más utilizado, siendo empleado por las tres cuartas partes de las mujeres y por algo más de la mitad de los hombres.

1.2.13. DATOS SOBRE MUERTES POR SUICIDIO EN LA PROVINCIA DE TOLEDO ESTUDIADOS POR EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES (IMLyCF) DE TOLEDO Y CIUDAD REAL

Se presentan a continuación los datos de la memoria anual de muertes por suicidio de 2017, realizada por la Sección de Toledo del Servicio de Patología Forense del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLyCF), donde se realiza un estudio descriptivo de variables de

interés, generalmente no analizadas, en todos los casos de fallecimientos en el área en los que se precisó la intervención de la autoridad judicial y autopsia.

- En este estudio se analizaron 316 casos en los que se realizó autopsia, de los cuales 170 (53,8%) se corresponden a muertes violentas (vs. naturales), y de éstas en 58 (34,1%) se pudo corroborar etiología suicida.
- La mayoría de fallecidos por suicidio se encontraba entre los 31-40 años de edad (22,4% de casos), y el 80% (47 de los 58) eran varones, que además utilizaron con mayor frecuencia métodos más cruentos.
- Con respecto a factores de riesgo, en un 43% de casos la persona tenía antecedentes de trastorno mental (generalmente con sintomatología depresiva), en un 17% había intentos autolíticos previos, en un 15% antecedentes conocidos de consumo de tóxicos y en un 13% de patología médica grave. Por último, en un 45% de casos los estudios químico-tóxicos encontraron resultados positivos para sustancias tóxicas (49% psicofármacos, 30% alcohol, y 21% drogas de abuso).

1.3. FACTORES DETERMINANTES Y MITOS SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA

La identificación de factores que aumentan o disminuyen el nivel de riesgo suicida resulta de gran importancia por su estrecha relación con dicha conducta, de cara a su consideración en la evaluación por parte del clínico, y la puesta en marcha de acciones preventivas, en caso de que sean modificables. No obstante, también habrá que considerar la presencia de señales de alerta, tanto verbales (p.ej. comentarios o verbalizaciones negativas sobre uno mismo o su vida, sobre el futuro, o relacionadas con el suicidio) como no verbales (p.ej. preparación de documentos para cuando uno no esté, cambios repentinos en la conducta, etc).

Así mismo, existen numerosos conceptos erróneos sobre el suicidio, tanto en la persona y sus familiares como en los propios profesionales, que se contradicen con la evidencia científica, y que pueden entorpecer su prevención y manejo, debiendo ser abordados para un afrontamiento más eficaz de este grave problema.

1.3.1. FACTORES DE RIESGO

En la GPC del SNS (2012) se han identificado diferentes factores con un alto grado de evidencia, que se presentan a continuación. Suelen clasificarse en factores de riesgo individuales y familiares o contextuales:

a) Factores de riesgo personales:

- Intentos de suicidio previos: son el predictor más importante de la conducta suicida.
- Abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas: ejerce un papel muy significativo, y no es sólo un factor de riesgo, sino también un factor precipitante.
- Depresión mayor: es el trastorno mental que de forma más común se asocia con la conducta suicida.
- Otros trastornos mentales: trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno de personalidad límite.
- Factores psicológicos: desesperanza y rigidez cognitiva, así como altos niveles de impulsividad, agresividad o baja tolerancia a la frustración.
- Edad: los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada.
- Sexo: los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio.
- Presencia de enfermedad crónica o discapacitante (p.ej. presencia de dolor crónico).

b) Factores de riesgos familiares y contextuales.

- Historia familiar de suicidio, especialmente en familiares de primer grado.
- Factores sociales y ambientales: ausencia o pérdida de apoyo social, nivel socioeconómico bajo y situación de desempleo.

- Historia de maltrato físico, psicológico o abuso sexual, especialmente los producidos durante la infancia.
- Presencia de acontecimientos vitales negativos, como pérdidas personales (p.ej. separación o divorcio, o fallecimientos), financieras (económicas o laborales), problemas legales, etc, que pueden actuar como precipitantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo.
- Fácil acceso a armas de fuego o medios letales como medicamentos o tóxicos: aumenta el riesgo del mismo, al facilitar el paso de la ideación a la conducta suicida.

1.3.2. FACTORES PROTECTORES

Son aquellos que disminuyen la probabilidad de un suicidio, y se pueden dividir en factores personales, y sociales o medioambientales.

a) Factores protectores personales:

- Presencia de habilidades de comunicación y para las relaciones sociales e interpersonales.
- Habilidad en la resolución de conflictos o problemas, buscando ayuda cuando surgen dificultades.
- Confianza en uno mismo.
- Poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o actitudes y valores positivos, como el respeto, la solidaridad, la cooperación o la justicia.

b) Sociales o medioambientales

- Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad.
- Integración social.
- Acceso fácil a mecanismos de búsqueda de ayuda.
- Acceso restringido a medios de suicidio.

1.3.3. MITOS SOBRE EL SUICIDIO

A continuación se presentan los mitos más comunes (OMS, 2014).

MITO	HECHO Y RECOMENDACIÓN
Las personas que hablan del suicidio no tienen la intención de cometerlo.	Quienes hablan de suicidio pueden estar pidiendo así ayuda o apoyo. Un número significativo de personas que contemplan el suicidio presentan ansiedad, depresión y desesperanza y pueden considerar que carecen de otra opción. Por tanto, será importante no minimizar y tomar en serio cualquier verbalización o amenaza.
La mayoría de los suicidios suceden repentinamente sin advertencia previa.	Aunque algunos suicidios pueden ser el resultado de un acto impulsivo repentino y sin planificación, la mayoría han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual, que es importante conocer y tener presente.
La persona suicida está decidida a morir.	Por el contrario, las personas suicidas suelen ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte. El acceso al apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio.
Sólo las personas con trastornos mentales se suicidan.	Si bien es cierto que hay mayor prevalencia de suicidio en personas con trastorno mental, muchas personas con trastornos mentales no están afectadas por el comportamiento suicida, y no todas las personas que se quitan la vida tiene un trastorno mental.
Hablar del suicidio puede incitar a la persona a hacerlo.	Dado el estigma generalizado alrededor del suicidio, la mayoría de las personas que contemplan el suicidio no saben con quién hablar. En lugar de fomentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio.
Los suicidas son peligrosos, e igual que atentan contra sí mismos pueden atentar contra los demás.	El suicidio por lo general es un acto autoagresivo, en el que el sujeto vierte los impulsos destructivos contra sí mismo, muy raramente contra otros.

Tabla 3. PRINCIPALES MITOS SOBRE EL SUICIDIO SEGÚN LA OMS, 2014.

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

2

Marco de referencia

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. PLAN DE ACCIÓN DE SALUD MENTAL DE LA OMS (PSM OMS 2013-20)

La prevención del suicidio es una de las acciones prioritarias del PSM-OMS 2013-2020, que entre otras cuestiones propone reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para el año 2020 (Programa Prevención de suicidio de la OMS-SUPRE).

SUPRE (OMS, 2014)	
PREVENCIÓN UNIVERSAL	-Acceso a la atención a la Salud Mental. -Políticas para reducir el consumo de alcohol. -Limitar acceso a medios utilizables para el suicidio. -Promover información responsable por los medios de comunicación.
PREVENCIÓN SELECTIVA (Dirigida a grupos vulnerables)	-Población afectada por conflictos y desastres. -Familiares de suicidas. -Servicios de ayuda (líneas telefónicas).
PREVENCIÓN INDICADA (Dirigida a personas específicas vulnerables)	-Seguimiento de personas dadas de alta de las Unidades de Hospitalización Breve de Salud Mental. -Formación del personal de salud en la evaluación y gestión de conductas suicidas. -Mejora en la identificación del riesgo entre personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias, dolores crónicos y trastorno emocional agudo.

TABLA 4. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCION DEL SUICIDIO (SUICIDE PREVENTION, SUPRE)-OMS, 2014.

2.2. PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA LA-MANCHA (PSM-CLM 2018-2025)

GRÁFICO 13. PLAN DE SALUD MENTAL – CASTILLA LA-MANCHA 2018-2025. MARCO DE REFERENCIA.

MISIÓN	EJES PSM 2018-2025	ESTRATEGIA
AVANZAR HACIA EL BUEN GOBIERNO PROMOVER LOS DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL	LIDERAZGO Y GOBERNANZA	-Fomentar la coordinación y el trabajo en red. -Fomentar la participación efectiva de los usuarios y las usuarias tanto en el proceso terapéutico como en el análisis y mejora de la calidad asistencial (la voz y la experiencia del y la paciente). -Luchar contra el estigma y promover los Derechos Humanos en Salud Mental.
FAVORECER LA RECUPERACIÓN OFRECER UNA ATENCIÓN INTEGRADA Y DE CALIDAD	HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA. SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD MENTAL COMPLETOS, INTEGRADOS Y CON CAPACIDAD DE RESPUESTA	-Adecuar los recursos mejorando el análisis de necesidades del y la paciente y la continuidad asistencial. -Trabajar por la mejora del ambiente terapéutico e intervenciones orientadas a la recuperación.
CONTINUAR CON EL DESARROLLO SOSTENIBLE DE LA RED DE SALUD MENTAL DE CLM	SOSTENIBILIDAD, PREVENCIÓN, PROMOCIÓN	-Gestionar la demanda. -Colaborar entre las instituciones para optimizar los recursos y el trabajo en red. -Realizar actuaciones orientadas a la detección e intervención temprana. -Llevar a cabo estrategias para la prevención e intervención ante conductas suicidas.
PROMOVER EL DESARROLLO PROFESIONAL	GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	-Mejorar las competencias profesionales. -Mejorar los sistemas de información. -Fomentar la generación de conocimiento: Investigación.

TABLA 5. ESTRATEGIAS ORIENTADAS A LA MISIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL – CASTILLA LA-MANCHA 2018/25.

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

3

Estrategias de intervención

3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ANTE TENTATIVAS AUTOLÍTICAS Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN CLM

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: GENERACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar el conocimiento sobre el Suicidio en CLM.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OBJETIVO 1.1. LOGRAR QUE LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL SUICIDIO POR LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE LA REGIÓN SEA RESPONSABLE.

Acción 1.1.1. Creación de un Observatorio para velar por el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS en materia de suicidio en los medios de comunicación de Castilla La-Mancha.

Acción 1.1.2. Identificación de profesionales de referencia en cada área como fuentes de información solvente.

Acción 1.1.3. Asesoramiento a profesionales de la comunicación (habitualmente generalistas y polivalentes) para que traten de modo adecuado la información sobre suicidio. Sensibilizar a la población en cuanto a falsos mitos en torno al suicidio.

Acción 1.1.4. Promover información independiente de carácter preventivo y psicoeducativo, con un mensaje motivador.

Acción 1.1.5. Llevar a cabo un acuerdo con medios de comunicación sobre el trato responsable de la información sobre suicidio.

Acción 1.1.6. Creación de un espacio en la página web del SESCAM que contenga información y los itinerarios asistenciales de ayuda.

OBJETIVO 1.2. PROMOVER LA COORDINACIÓN ENTRE LOS SECTORES IMPLICADOS EN LA INTERVENCIÓN ANTE TENTATIVAS AUTOLÍTICAS Y SUICIDIO PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO Y LAS ACTUACIONES.

Acción 1.2.1. Coordinación entre los Servicios de emergencias y fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, policías locales, protección civil, Teléfono de la Esperanza (atiende llamadas con suicidio en curso), y otros teléfonos específicos: bullying, violencia de género, etc.

Acción 1.2.2. Coordinación entre los servicios sanitarios y el Instituto de Medicina Legal.

Acción 1.2.3. Coordinación entre los servicios sanitarios, sociosanitarios, diferentes ONG (Teléfono de la Esperanza, Cruz Roja) y asociaciones relacionadas con la salud mental (Federación Salud Mental Castilla-La Mancha).

Acción 1.2.4. Revisión de Protocolos sobre prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en instituciones de Castilla La-Mancha: protocolos en colectivos de riesgo, personas institucionalizadas (población penitenciaria, residencias comunitarias y de mayores), ejército, policía y guardia civil.

OBJETIVO 1.3. COORDINAR EL PLAN DE FORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE TENTATIVAS AUTOLÍTICAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD, EDUCACIÓN, BIENESTAR SOCIAL Y OTRAS INSTITUCIONES.

Acción 1.3.1. Creación de un grupo de formadores y formadoras sobre prevención de suicidio y conductas autolíticas. Impartir formación a dicho grupo.

Acción 1.3.2. Formar a los/as primeros/as intervinientes: Actualizar la formación en intervención frente a situaciones de riesgo de suicidio inmediato para miembros de la G.U.E.T.S.- 112.

Acción 1.3.3. Colaborar con las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado y protección civil para incluir en sus planes de formación cursos para primeros intervinientes.

Acción 1.3.4. Proponer acciones formativas en servicios sociales, servicios sociosanitarios y de educación.

Acción 1.3.5. Ofrecer formación en el ámbito sanitario: Proponer formación reglada sobre prevención de suicidio en atención primaria.

OBJETIVO 1.4. PROMOVER LA INVESTIGACIÓN Y LA GENERACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

Acción 1.4.1. Valorar experiencias llevadas a cabo por otras comunidades autónomas.

Acción 1.4.2. Mejorar el conocimiento de datos epidemiológicos en nuestra comunidad:

- Recogida de mayor cantidad de datos en entrevistas telefónicas y registro de todos los intentos autolíticos desde el Servicio de Atención y Coordinación de Urgencias y Emergencias-112.
- Recogida de datos epidemiológicos del Servicio de Epidemiología.

Acción 1.4.3. Mejorar el conocimiento sobre el suicidio identificando perfiles de personas y mecanismos.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN POBLACIÓN ADULTA

OBJETIVO GENERAL:

Favorecer la coordinación entre niveles asistenciales y del ámbito socio sanitario para intervenir de forma efectiva en situaciones de riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OBJETIVO 2.1. LLEVAR A CABO ACCIONES ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN UNIVERSAL.

Acción 2.1.1. Mejorar la información sobre el acceso a los Servicios de atención a la Salud Mental.

OBJETIVO 2.2. LLEVAR A CABO ACCIONES ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN SELECTIVA.

Acción 2.2.1. Formar a los/as primeros/as intervinientes y profesionales de salud mental sobre cómo llevar a cabo intervenciones breves con familiares de personas que han cometido suicidio o tentativas de alto riesgo.

Acción 2.2.2. Ofrecer y divulgar servicios de ayuda (líneas telefónicas, Apps, redes sociales, etc.).

OBJETIVO 2.3. MEJORAR EL CONOCIMIENTO SOBRE SUICIDIO EN EL ÁMBITO SANITARIO.

Acción 2.3.1. Promover el análisis de la casuística sobre suicidios consumados en pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) en las Comisiones de TMG.

Acción 2.3.2. Promover la comunicación entre Atención Primaria y los Servicios de Salud Mental referida al análisis de casos de suicidios consumados en pacientes atendidos en AP que no hayan tenido contacto con SM.

OBJETIVO 2.4. LLEVAR A CABO ACCIONES ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN INDICADA.

Acción 2.4.1. Promover la evaluación sistemática del riesgo y las intervenciones ante personas con tentativas autolíticas atendidas en servicios de urgencias (elaboración de una guía de consenso).

Acción 2.4.2. Promover la valoración del riesgo en personas que ingresan en las Unidades de Hospitalización Breve y ofrecer medidas orientadas a la continuidad asistencial (atención pronta al alta, grupos de transición…).

Acción 2.4.3. Ofrecer formación a los profesionales de la salud (Atención Primaria fundamentalmente) en la evaluación y gestión de las conductas suicidas.

- Charlas/Coloquio en centros de Atención Primaria y Atención Especializada.

Acción 2.4.4. Implantar cuestionarios para detectar y evaluar el riesgo de suicidio en el sistema informático de Atención Primaria (AP) (Programa Turriano).

Acción 2.4.5. Difundir recomendaciones sobre cómo evaluar e intervenir ante el riesgo de suicidio en AP.

Acción 2.4.6. Prevención en grupos de riesgo:

- Enfermedades crónicas/pluripatología: Promover el asociacionismo y los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para personas con enfermedades crónicas en AP y en personas con problemas de salud mental.
- Identificar acciones preventivas orientadas a personas en riesgo de exclusión social, personas con adicciones.
- Prevención en cuidadores/as: 'Cuidando al cuidador y a la cuidadora'. Promover Grupos de Ayuda Mutua en familiares de personas con Alzheimer u otras enfermedades crónicas complejas.

Acción 2.4.7. Diseño y difusión de una breve guía de información veraz sobre conducta suicida, factores de riesgo protección, mitos, etc. que ayude a identificar estrategias y señales de alerta.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar el conocimiento sobre el suicidio en la población menor de edad y favorecer la coordinación en el Marco de colaboración entre las Consejerías de Educación, Sanidad y Bienestar Social para intervenir en situaciones de riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OBJETIVO 3.1. ESTABLECER COORDINACIÓN ENTRE SANIDAD Y EL ÁMBITO EDUCATIVO.

Acción 3.1.1. Formación a orientadores, asociaciones de madres y padres de alumnos (AMPA) y al profesorado sobre señales de alerta y cambios enmascarados.

Acción 3.1.2. Elaboración de guías prácticas para departamentos de orientación y profesorado.

Acción 3.1.3. Establecimiento de Circuitos de comunicación (protocolo de detección de riesgo y retorno al centro educativo tras una tentativa autolítica).

Acción 3.1.4. Protocolo de intervención con los/as supervivientes (familiares y círculo cercano tras tentativa autolítica).

Acción 3.1.5. Fortalecimiento de factores de protección y promoción de la búsqueda de ayuda (resiliencia, habilidades sociales, regulación de las emociones y manejo del estrés). “Generar experiencias de éxito” como elemento para favorecer y fortalecer la autoestima.

- Uso de T.I.C. para entrenamiento y fortalecimiento de la resiliencia.

Acción 3.1.6. Campaña de prevención Guía breve de autoayuda. Lema: ‘pide ayuda, no te cortes’.

Acción 3.1.7. Potenciar el programa de alumnos y alumnas mediadores o ayuda entre iguales: identifican a alumnado que está solo, programas de activación en el recreo, habilidades de manejo en los equipos de mediación.

OBJETIVO 3.2. COORDINACIÓN ENTRE SANIDAD, AMBITO SOCIAL Y CORPORACIONES LOCALES.

Acción 3.2.1. Llevar a cabo intervenciones a nivel de los espacios no formales que los y las menores comparten para promover factores de protección: Técnicos de juventud, manejo y posibilidad de poder llegar a otros espacios. Existencia de centro joven en núcleos poblacionales grandes. Centros de Empoderamiento.

OBJETIVO 3.3. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL.

Acción 3.3.1. Establecer sistemas de coordinación entre los EAP (Medicina de familia y pediatría), a través de reuniones periódicas en las que se traten los casos que sean considerados de riesgo, en especial si ya han existido intentos de suicidio previos.

- La periodicidad de las reuniones estará supeditada a las características poblacionales y geográficas de las diferentes áreas sanitarias, considerando necesario hacer al menos una reunión trimestral.
- Para asegurar la eficacia del trabajo realizado, deben tener un papel primordial los Profesionales de Trabajo Social, tanto de Atención Primaria como de Salud Mental, debiendo hacer seguimiento de los casos de mayor riesgo, de forma coordinada.
- Ante la detección de un caso con riesgo de suicidio, éste será derivado, por parte del EAP, a la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ) correspondiente, favoreciendo que las citas sean en el menor plazo posible.
- En caso de observar indicios de alto riesgo de suicidio, el o la paciente será derivado al servicio de urgencias hospitalarias más cercano, para valoración psiquiátrica e ingreso, si estuviera indicado.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLÍTICAS EN POBLACIÓN ADULTA MAYOR Y PERSONAS FRÁGILES

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar el conocimiento sobre el suicidio en la población de edad avanzada y favorecer la colaboración entre Atención Primaria, Geriatría, Salud Mental y Bienestar Social para intervenir de forma efectiva en situaciones de riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OBJETIVO 4.1 LLEVAR A CABO ACCIONES ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN SELECTIVA.

Acción 4.1.1. Formar a profesionales de los servicios sociales para detección del riesgo de suicidio en personas mayores.

Acción 4.1.2. Desarrollar un protocolo de prevención del suicidio en personas ancianas institucionalizadas.

Acción 4.1.3. Desarrollar estrategias de prevención (fomento de factores de protección) en personas mayores en situación de vulnerabilidad.

- Mayores que viven en soledad y carecen de red social de apoyo (Tele-asistencia y otros servicios de ayuda a domicilio)
- Mayores frágiles (enfermedades crónicas discapacitantes)

OBJETIVO 4.2. LLEVAR A CABO ACCIONES ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN INDICADA.

Acción 4.2.1. Protocolo para la detección del riesgo de suicidio en personas mayores (geriatría/AP).

OBJETIVO 4.3. LLEVAR A CABO ACCIONES ORIENTADAS A LA INTERVENCIÓN.

Acción 4.3.1. Identificar profesionales de referencia en el ámbito de la geriatría, y salud mental para desarrollar acciones de intervención en situaciones de riesgo.

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

4

Factores clave para el desarrollo

4. FACTORES CLAVE PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

5

Cronograma y plan de acción

5. CRONOGRAMA Y PLAN DE ACCIÓN

FASE	2017	2018	2019-25
Creación del grupo regional de trabajo			
Deliberación sobre posibles actuaciones			
• Puesta en común de bibliografía, investigaciones, y actuaciones relevantes llevadas a cabo por el grupo. • Identificación de buenas prácticas profesionales, implementación y evaluación de programas piloto. • Plan de acciones formativas y guías prácticas de actuación diseñadas para población diana y grupos de interés.			
Adquisición de Compromisos y desarrollo de acciones			
Seguimiento			
Evaluación			

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

6

Implementación y seguimiento

6. IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: GENERACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO				
OBJETIVO GENERAL: Mejorar el conocimiento sobre suicidio en CLM				
OBJETIVO ESPECÍFICO 1.1. LOGRAR QUE LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL SUICIDIO POR LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE LA REGIÓN SEA RESPONSABLE		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 1.1.1.	Creación de un Observatorio para velar por el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS en materia de suicidio en los medios de comunicación de CLM.	Nº Alertas analizadas en diarios, revistas, tv y radios de la región, e internet.	Nº	2019
Acción 1.1.2.	Identificación de profesionales de referencia en cada área como fuentes de información solvente.	Nº de profesionales de referencia por área.	Nº	2019
Acción 1.1.3.	Asesoramiento a profesionales de la comunicación (habitualmente generalistas y polivalentes) para que traten de modo adecuado la información sobre suicidio. Sensibilizar a la población en cuanto a falsos mitos en torno al suicidio.	Documento para profesionales de la comunicación.	SI	2020
Acción 1.1.4.	Promover información de carácter preventivo y psicoeducativo, con un mensaje motivador.	Nº de comunicados y medios.	Nº	2019
Acción 1.1.5.	Acuerdo con medios de comunicación sobre el trato responsable de la información sobre suicidios.	Acuerdo firmado.	Si (Cualitativo)	2019
Acción 1.1.6.	Creación de un espacio web que contenga información y los itinerarios asistenciales de ayuda.	Creación del espacio web.	Si	2019

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: GENERACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO				
OBJETIVO GENERAL: Mejorar el conocimiento sobre suicidio en CLM				
OBJETIVO ESPECÍFICO 1.2. PROMOVER LA COORDINACIÓN ENTRE LOS SECTORES IMPLICADOS EN LA INTERVENCIÓN ANTE TENTATIVAS AUTOLÍTICAS Y SUICIDIO PARA MEJORAR EL CONOCIMIENTO Y LAS ACTUACIONES.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 1.2.1.	Coordinación entre los Servicios de emergencias y fuerzas cuerpos de seguridad del estado, policías locales, protección civil, Teléfono de la Esperanza (atiende llamadas con suicidio en curso), y otros teléfonos específicos: bullying, violencia de género, etc.	Nº reuniones. Creación de un protocolo específico. GUETS y cuerpos de seguridad.	Nº reuniones y acuerdos. Protocolo de coordinación.	2019
Acción 1.2.2.	Coordinación entre los servicios sanitarios y el Instituto de Medicina Legal (IML) para mejorar el conocimiento sobre suicidios consumados en CLM.	Envío de casuística anual IML a SESCAM.	SI	2018
Acción 1.2.3.	Coordinación entre los servicios sanitarios, sociosanitarios, algunas ONG. (Teléfono de la Esperanza, Cruz Roja) y asociaciones relacionadas con la salud mental (FEAFES).	Nº reuniones y acuerdos.	Nº	2019
Acción 1.2.4.	Revisión de protocolos sobre prevención de suicidio e intervención ante conductas autolíticas en instituciones de CLM: protocolos en colectivos de riesgo, personas institucionalizadas (población penitenciaria, residencias comunitarias y de mayores), ejército, policía nacional y guardia civil.	Nº Protocolos revisados.	Nº	2020

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: GENERACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO				
OBJETIVO GENERAL: Mejorar el conocimiento sobre suicidio en CLM				
OBJETIVO ESPECÍFICO 1.3. COORDINAR EL PLAN DE FORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN ANTE TENTATIVAS AUTOLÍTICAS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD, EDUCACIÓN, BIENESTAR SOCIAL Y OTRAS INSTITUCIONES.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 1.3.1.	Creación de un grupo de formadores sobre prevención de suicidio y conductas autolíticas. Impartir formación.	Nº participantes.	Si	2018
Acción 1.3.2.	Formar a los primeros intervinientes: Actualizar la formación en intervención frente a situaciones de riesgo de suicidio inmediato para miembros de la GUETS - 112.	Nº acciones formativas / cuestionario en programa informático. GUETS.	Nº	2019
Acción 1.3.3.	Colaborar con las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado y a protección civil para incluir en sus planes de formación cursos para primeros intervinientes.	Nº acciones formativas.	Nº	2019
Acción 1.3.4.	Proponer acciones formativas en servicios sociales, servicios sociosanitarios y de educación.	Nº acciones formativas.	Nº	2020
Acción 1.3.5.	Ofrecer formación en el ámbito sanitario: Proponer formación reglada sobre prevención de suicidio en atención primaria.	Nº acciones formativas / cuestionario en Turriano.	Nº. Si	2019

OBJETIVO GENERAL: Mejorar el conocimiento sobre suicidio en CLM				
OBJETIVO ESPECÍFICO 1.4. PROMOVER LA INVESTIGACIÓN Y LA GENERACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN RELACIÓN CON LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 1.4.1.	Valorar experiencias llevadas a cabo por otras comunidades autónomas.	Nº experiencias revisadas.	Nº	2018
Acción 1.4.2.	Mejorar el conocimiento de datos epidemiológicos en nuestra comunidad.	Nº fuentes utilizadas.	Nº	2019
Acción 1.4.3.	Mejorar el conocimiento sobre el suicidio identificando perfiles de personas y mecanismos.	Elaborar documento de resultado análisis y difusión.	Si	2020

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN POBLACIÓN ADULTA.				
OBJETIVO GENERAL: Favorecer la coordinación entre niveles asistenciales y del ámbito socio sanitario para intervenir de forma efectiva en situaciones de riesgo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1. LLEVAR A CABO ACCIONES ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN UNIVERSAL.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 2.1.1.	Mejorar la información sobre el acceso a los Servicios de atención a la Salud Mental. Actualizar la información en página web del SESCAM.	Página Web actualizada Si/No.	Si	2018

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN POBLACIÓN ADULTA.				
OBJETIVO GENERAL: Favorecer la coordinación entre niveles asistenciales y del ámbito socio sanitario para intervenir de forma efectiva en situaciones de riesgo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO 2.2. LLEVAR A CABO ACCIONES ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN SELECTIVA.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 2.2.1.	Formar a los primeros intervinientes y profesionales de salud mental sobre cómo llevar a cabo intervenciones breves con familiares de personas que han cometido suicidio o tentativas de alto riesgo.	Nº de acciones formativas anuales.	Nº	2019
Acción 2.2.2.	Ofrecer y divulgar servicios de ayuda (líneas telefónicas, apps, redes sociales, etc.).	Existencia de servicios de ayuda telefónica Si/No.	Nº de herramientas al servicio de la población. Nº de llamadas.	2018

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN POBLACIÓN ADULTA.				
OBJETIVO GENERAL: Favorecer la coordinación entre niveles asistenciales y del ámbito socio sanitario para intervenir de forma efectiva en situaciones de riesgo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO 2.3. MEJORAR EL CONOCIMIENTO SOBRE SUICIDIO EN EL ÁMBITO SANITARIO.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 2.3.1.	Promover el análisis de la casuística sobre suicidios consumados en pacientes con trastornos mentales graves (TMG) en las comisiones de TMG.	Nº de comisiones con análisis casuístico anual.	7	2020
Acción 2.3.2.	Promover la comunicación entre Atención Primaria y los Servicios de Salud Mental referida al análisis de casos de suicidios consumados en pacientes atendidos en AP que no hayan tenido contacto con SM.	Nº de sesiones de análisis de casos.	Nº	2021

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLESIVAS EN POBLACIÓN ADULTA.				
OBJETIVO GENERAL: Favorecer la coordinación entre niveles asistenciales y del ámbito socio sanitario para intervenir de forma efectiva en situaciones de riesgo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO 2.4. LLEVAR A CABO ACCIONES ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN INDICADA.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 2.4.1.	Promover la evaluación sistemática del riesgo y las Intervenciones ante personas con tentativas autolíticas atendidas en servicios de urgencias (elaboración de una guía de consenso).	Guía de consenso elaborada y difundida.	Si	2020
Acción 2.4.2.	Promover la valoración del riesgo en personas que ingresan en las Unidades de Hospitalización Breve y ofrecer medidas orientadas a la continuidad asistencial (atención pronta al alta, grupos de transición...).	Protocolo de valoración y actuación ante riesgo de suicidio elaborado e implementado.	Si	2020
Acción 2.4.3.	Ofrecer formación a los profesionales de la salud en la evaluación y gestión de las conductas suicidas.	Nº de acciones formativas.	Nº	2019
Acción 2.4.4.	Implantar cuestionarios para detectar y evaluar el riesgo de suicidio en el sistema informático de AP.	Cuestionario implantado.	Si	2019
Acción 2.4.5.	Difundir recomendaciones sobre cómo evaluar e intervenir ante el riesgo de suicidio en AP.	Nº de acciones de difusión	Nº	2019
Acción 2.4.6.	Prevención en grupos de riesgo: Promover el asociacionismo y los Grupos de Ayuda Mutua. Identificar acciones preventivas orientadas a personas en riesgo de exclusión social, personas con adicciones o Prevención en cuidadores.	Grupos de Ayuda Mutua en las gerencias.	Nº	2021
Acción 2.4.7.	Diseño y difusión de una breve guía de información veraz sobre conducta suicida, factores de riesgo protección, mitos, etc. que ayude a identificar estrategias y señales de alerta.	Elaboración y difusión de la Guía.	Nº colectivos a los que se difunde	2020

LÍNEA ESTRATÉGICA 3. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLÍTICA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL.				
OBJETIVO GENERAL: Mejorar el conocimiento sobre el Suicidio en la población menor de edad, favorecer la coordinación en el Marco de colaboración entre las Consejerías de Educación, Sanidad y Bienestar Social para intervenir en situaciones de riesgo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO 3.1. ESTABLECER COORDINACIÓN ENTRE SANIDAD Y EL ÁMBITO EDUCATIVO.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 3.1.1.	Formación a orientadores, asociaciones de madres y padres de alumnos (AMPA) y al profesorado sobre señales de alerta, cambios enmascarados.	Nº de acciones formativas anuales.	Nº	2019
Acción 3.1.2.	Elaboración de guías prácticas para orientadores y profesores.	Guía de consenso elaborada y difundida.	Si	2019
Acción 3.1.3.	Establecimiento de Circuitos de comunicación (protocolo de detección de riesgo y retorno al centro educativo tras una tentativa autolítica).	Protocolo de detección de riesgo de suicidio y retorno al centro educativo elaborado e implementado.	Si	2020
Acción 3.1.4.	Protocolo de intervención con supervivientes (familiares y círculo cercano) tras tentativa autolítica).	Protocolo de intervención con supervivientes.	Si	2020
Acción 3.1.5.	Fortalecimiento de factores de protección y promover la búsqueda de ayuda. "Generar experiencias de éxito".	Nº de acciones dirigidas a infancia y adolescencia por año.	Si	2020
Acción 3.1.6.	Campaña de prevención Guía breve de autoayuda. Lema: 'pide ayuda, no te cortes'.	Guía breve de consenso elaborada y difundida.	Si	2020
Acción 3.1.7.	Potenciar el programa de alumnos/as mediadores o ayuda entre iguales: identifican a alumnos/as que están solos, programas de activación en el recreo, habilidades de manejo en los equipos de mediación.	Nº de alumnos/as de riesgos identificados por año y centro.	Si	2019

LÍNEA ESTRATÉGICA 3. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLÍTICA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL.				
OBJETIVO GENERAL: Mejorar el conocimiento sobre el Suicidio en la población menor de edad, favorecer la coordinación en el Marco de colaboración entre las Consejerías de Educación, Sanidad y Bienestar Social para intervenir en situaciones de riesgo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO 3.2. COORDINACIÓN ENTRE SANIDAD, AMBITO SOCIAL Y CORPORACIONES LOCALES.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 3.2.1.	Llevar a cabo intervenciones a nivel de los espacios no formales que los menores comparten para promover factores de protección.	Nº de intervenciones no formales realizadas por año en los dispositivos identificados. Creación de Centro joven por núcleo poblacional.	Nº	2020

LÍNEA ESTRATÉGICA 3. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLÍTICA EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL.				
OBJETIVO GENERAL: Mejorar el conocimiento sobre el Suicidio en la población menor de edad, favorecer la coordinación en el Marco de colaboración entre las Consejerías de Educación, Sanidad y Bienestar Social para intervenir en situaciones de riesgo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO 3.3. COORDINACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 3.3.1.	Establecer sistemas de coordinación entre los EAP (Médico de Familia y Pediatras), manteniendo reuniones periódicas en las que se traten los casos que sean considerados de riesgo, en especial si ya han existido intentos de suicidio previos.	Nº de reuniones anuales por área y nº de casos tratados.	Nº	2019

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLÍTICA EN ADULTOS MAYORES EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD				
OBJETIVO GENERAL: Mejorar el conocimiento sobre el Suicidio en la población de edad avanzada y favorecer la colaboración entre Atención Primaria, Geriatría, Salud Mental y Bienestar Social para intervenir de forma efectiva en situaciones de riesgo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO 4.1.LLEVAR A CABO ACCIONES ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN SELECTIVA.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 4.1.1.	Formar a profesionales de los servicios sociales para detección del riesgo de suicidio en personas mayores.	Nº de acciones formativas anuales.	Nº	2019
Acción 4.1.2.	Desarrollar un protocolo de prevención del suicidio en ancianos institucionalizados.	Protocolo elaborado e implementado.	Si	2020
Acción 4.1.3.	Desarrollar estrategias de prevención (fomento de factores de protección) en personas mayores en situación de vulnerabilidad o mayores que viven solos y carecen de red social de apoyo (Teleasistencia y otros servicios de ayuda a domicilio) o Mayores frágiles (enfermedades crónicas discapacitantes).	Programa de prevención.	Si	2020

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLÍTICA EN ADULTOS MAYORES EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD				
OBJETIVO GENERAL: Mejorar el conocimiento sobre el Suicidio en la población de edad avanzada y favorecer la colaboración entre Atención Primaria, Geriatría, Salud Mental y Bienestar Social para intervenir de forma efectiva en situaciones de riesgo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO 4.2. LLEVAR A CABO ACCIÓNONES ENCAMINADAS A LA PREVENCIÓN INDICADA.		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 4.2.1.	Protocolo para la detección del riesgo de suicidio en personas mayores (geriatría/AP).	Protocolo desarrollado e implementado.	Si	2019

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO E INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS AUTOLÍTICA EN ADULTOS MAYORES EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD				
OBJETIVO GENERAL: Mejorar el conocimiento sobre el Suicidio en la población de edad avanzada y favorecer la colaboración entre Atención Primaria, Geriatría, Salud Mental y Bienestar Social para intervenir de forma efectiva en situaciones de riesgo.				
OBJETIVO ESPECÍFICO 4.3. LLEVAR A CABO ACCIONES ORIENTADAS A LA INTERVENCIÓN		INDICADOR/ES	Estándar	AÑO DE INICIO
Acción 4.3.1.	Identificar profesionales de referencia en el ámbito de la geriatría, y salud mental para desarrollar acciones de intervención en situaciones de riesgo.	Elaboración de documento con profesionales identificados.	Si	2019

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

7

Glosario

7. GLOSARIO

TÉRMINOS SUICIDIOLÓGICOS

Actitudes hacia el suicidio

Conjunto de opiniones, criterios, sentimientos y conductas hacia el suicidio como forma de morir, quienes lo consuman, lo intentan o lo piensan. Dichas actitudes están estrechamente relacionadas con la cultura y por lo general se han dividido en dos grandes grupos: las actitudes punitivas y las permisivas. Las actitudes punitivas consideran la muerte por suicidio como un signo de cobardía, un pecado, o algo que debe ser castigado. Las actitudes permisivas incluyen la consideración del suicidio como un derecho del sujeto, un acto de valor, una muestra de libertad personal, o un acto heroico y éticamente aceptable.

Amenaza suicida

Expresiones verbales o escritas del deseo de matarse. Tiene la particularidad de comunicar algo que está por suceder (acto suicida) a personas estrechamente vinculadas con el sujeto que realiza la amenaza.

Conducta autolítica

Término colectivo dado a un grupo de actos autodestructivos, por un sujeto que implican daño o riesgo de daño tales como quemarse a sí mismo con cigarros, mutilarse partes del cuerpo o realizar actos suicidas.

Conducta o acto suicida

Término que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio.

Comunicación suicida

Son las manifestaciones conscientes o inconscientes de la tendencia suicida, clasificándose en verbales o no verbales, y directas o indirectas, según la forma de expresión.

Daño autoinfligido

Son los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio. Incluye también las consecuencias de actos autodestructivos realizados por el sujeto sin la intención de morir.

Duelo

Manifestaciones reactivas a la muerte de un ser querido. En el duelo tras un suicidio sobresalen la estigmatización, las ideas suicidas, la culpabilidad, la búsqueda del por qué, o el temor ante el arrepentimiento tardío, cuando las fuerzas no eran suficientes para evitar la muerte próxima, entre las más frecuentes.

Efecto Werther

Término propuesto por D. P. Phillips en 1974 para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida. El nombre se debe a la novela de Johan Wolfang von Goethe, “Las penas del joven Werther”, publicada en 1774, y que cuenta la historia de un hombre joven y talentoso, que desesperanzado por pasiones amorosas se suicida mediante un disparo en la cabeza. Su venta tuvo que ser prohibida en diversos lugares de Europa porque desencadenó numerosos suicidios en jóvenes mediante el mismo método.

Efecto Papágeno

Es lo contrario del efecto Werther, consistente en emitir en medios testimonios de personas que habían planeado suicidarse y finalmente descartan el plan porque encuentran alternativas mejores para seguir luchando, produciendo una disminución de las tasas de suicidio. El nombre, Papágeno, también se debe a un personaje, esta vez el de la ópera de Mozart, "La flauta mágica", en la que el protagonista desea quitarse la vida, pero unos espíritus infantiles le convencen de lo contrario.

Factor de riesgo

Atributo o característica que confiere a un sujeto un grado variable de susceptibilidad para la realización de un acto suicida. Tienen como características las siguientes: son individuales, pues lo que para algunos es un riesgo, para otros no representa problema alguno, son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o la vejez, son genéricos porque los factores de riesgo en la mujer no son similares a los de los hombres,

están mediatizados por la cultura y el entorno de los individuos, comprobándose que lo que es aceptado en determinado medio social puede ser reprobado en otros.

Factores protectores del suicidio

Factores que, para una persona en particular, reducen el riesgo de realización de un acto suicidio, como el apoyo que se reciba en situaciones de crisis, el tratamiento adecuado de los síndromes depresivos, la adecuada capacidad para resolver problemas, la razonable autoestima y autosuficiencia, la capacidad para buscar ayuda, etc.

Gesto suicida

Amenaza suicida tomando los medios disponibles para su realización pero sin llevarla a cabo. También queda incluido el intento de suicidio sin daño físico de importancia.

Grupos de Auto-ayuda

Conjunto de pacientes que tienen un problema de salud común y que deciden trabajar juntos por el bienestar de todos, por ejemplo: grupos de personas con intentos de suicidio y sobrevivientes.

Ideación suicida

Abarca un amplio campo de pensamiento que pueden adquirir diferentes formas de presentación, incluyendo el deseo de morir, primer peldaño que indica la disconformidad del sujeto con su manera de vivir y puerta de entrada a la ideación suicida; la representación suicida, consistente en fantasías pasivas de suicidio (imaginarse ahorcado), y la idea suicida sin un método determinado, cuando el sujeto desea suicidarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, responde que no sabe cómo.

Intención suicida

Deseo deliberado de realizar un acto de suicidio, con diferente grado de sinceridad o determinación.

Letalidad

Atributo de algunos métodos para provocar la muerte. Es la consecuencia de diversos factores tales como susceptibilidad individual, la posibilidad de recibir atención especializada inmediata, o las condiciones del propio método, entre las más significativas.

Método suicida

Recurso, medio o elemento mediante el cual un sujeto trata de poner fin a su vida, pudiendo ser natural (p.ej. plantas venenosas) o creado por el hombre (p.ej. armas o fármacos).

Parasuicidio

Acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica.

Plan suicida

Pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

Postvención

Término acuñado por E. Shneidman en 1971, para referirse al apoyo que necesita quien intenta el suicidio y los familiares de quien se ha suicidado. Es una de las formas de prevenir los daños.

Prevención del suicidio

Medidas empleadas para evitar la ocurrencia de actos suicidas. Se clasifica en prevención primaria, secundaria o terciaria; o bien en prevención universal (actividades dirigidas a la población en general), selectiva (actuaciones destinadas a grupos de población que presentan factores de riesgo) e indicada (intervenciones dirigidas a personas ya afectadas por un suicidio o de alto riesgo, con presencia de signos o síntomas, para reducir la conducta suicida o algún trastorno mental asociado).

Sobrevivientes

Los que sobreviven a un suicida, entre los que se encuentran los familiares, los amigos, médicos de asistencia, etc.

Suicidio

Considerado como una de las formas de morir en la que el individuo, utilizando determinado método se autoagrede, siendo el resultado de esta agresión la muerte.

TÉRMINOS EPIDEMIOLÓGICOS

I. Indicadores demográficos

1) Índice de Rosset

Porcentaje de población con 60 y más años de edad.

2) Índice de la ONU

Porcentaje de población con 65 y más años de edad.

3) Densidad de Población

Número total de habitantes en una fecha determinada dividido por la superficie en kilómetros cuadrados de la unidad administrativa.

4) Crecimiento Vegetativo

Número anual de recién nacidos vivos en un país o región menos el número total de defunciones en ese país o región.

5) Tasa de Crecimiento Vegetativo

Número anual de recién nacidos vivos en un país o región menos el número total de defunciones en ese país o región dividido por el número total de habitantes a mitad de periodo y multiplicado por 1.000.

6) Estructura de Población

Porcentaje de población de cada grupo de edad y sexo respecto al total de la población.

7) Pirámide de Población

Representación gráfica de la estructura de población (doble histograma).

II. Indicadores de Mortalidad

1) Defunciones por Suicidio

Defunciones cuya causa inicial o fundamental es codificada con los siguientes códigos:

- Periodo 1991-1998: CIE-OMS, 9ª Revisión.
  Códigos de E950 a E959

- Periodo 1999-2014: CIE-OMS, 10ª Revisión.
  Códigos de X60 a X84

2) Tasa Bruta de Mortalidad por Todas las Causas

Número total de defunciones en el año de referencia dividido por el número de habitantes a mitad de periodo y multiplicado por una constante K (1.000, 100.000,…).

3) Tasa Bruta de Mortalidad por Suicidio

Número de defunciones por suicidio en el año de referencia dividido por el número de habitantes a mitad de periodo y multiplicado por una constante K (1.000, 100.000,…).

4) Tasas Específicas de Mortalidad por Suicidio

Número de defunciones por suicidio en un grupo de edad y sexo determinado dividido por el número de habitantes de ese mismo grupo de edad y sexo.

5) Tasa Ajustada de Mortalidad por Suicidio (Método Directo)

Tasa ajustada de mortalidad por suicidio tomando como población tipo la de Castilla-La Mancha a 1 de julio de 2015.

6) Razón Estandarizada de Mortalidad por Suicidio (Método Indirecto)

Razón Estandarizada de Mortalidad Anual tomando la ley anual de mortalidad la de Castilla-La Mancha en el año correspondiente.

7) Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)

Diferencia entre 70 años (edad mínima que debe vivir una persona) y la edad de defunción de cada una de las muertes por suicidio.

8) Riesgo Acumulado de Morir

Probabilidad de morir por suicidio (expresada en porcentaje) desde el nacimiento hasta los 69 años, suponiendo que no se modifiquen las condiciones actuales de mortalidad.

PLAN DE SALUD MENTAL DE CASTILLA-LA MANCHA 2018-2025

8

Bibliografía

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global. Oficina Regional para las Américas.* Organización Panamericana de la Salud.

2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

4. Silverman, M.M., Berman, A.L., Sanddal, M.D., O'Carroll, P.W. y Joiner, T.E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav. 37*(3):264-77.

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

6. Celada, F.J. (2017). Evolución de la conducta suicida: estudio autonómico de los intentos de suicidio en Castilla-La Mancha (2006-2015). Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

Castilla-La Mancha
Consejería de Sanidad

Avda. de Francia, 4. 45005 Toledo. Tel.: 925267099
gabinete.sanidad.jccm.es