

Directrices Generales para la Prevención del Suicidio

Eva Dumon & Prof. Gwendolyn Portzky
Unidad de Investigación sobre suicidio
Universidad de Gante

The Euregenas Project has received funding from the European Union under the Public Health Programme 2008-2013. The sole responsibility for the content of this publication lies with the author and the Executive Agency is not responsible for any use that may be made of the information contained therein



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union



INDICE

SOBRE EUREGENAS	4
RESUMEN	7
<u>I. INTRODUCCIÓN</u>	8
<u>II. CONCEPTOS CLAVE</u>	9
- Definiciones	
- Epidemiología	
- Mitos Frecuentes	
- Comprendiendo la conducta suicida	
<u>III. ESTRATEGIAS CLAVE PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO</u>	13
1: Promoción de la Salud Mental	
2: Proporcionar ayuda telefónica y vía internet	
3: Formación de profesionales de la salud (mental), agentes sociales y comunitarios, y periodistas	
4: Programas dirigidos a grupos de vulnerables	
5: Programas dirigidos a grupos de alto riesgo	
6: Restricción del acceso a métodos letales	
<u>IV. RECOMENDACIONES FINALES</u>	24
GLOSARIO	26
BIBLIOGRAFÍA	29

SOBRE EUREGENAS

El proyecto Euregenas tiene como objetivo contribuir a la prevención de pensamientos y conductas suicidas en Europa, a través del desarrollo y la implementación de estrategias para la prevención del suicidio a nivel regional, que posteriormente puedan ser utilizadas en la Unión Europea como ejemplo de buenas prácticas. Este proyecto reúne a 15 socios europeos que representan a 11 regiones europeas con una gran variedad de experiencias en la prevención de suicidio (ver la Figura 1).

Figura 1: Las Regiones de Euregenas

Hospital Universitario de Verona (AUOI-VR)- Italia

Agencia Flamenca de salud y cuidados (VAZG)- Bélgica

Región Västra Götaland (VGR)- Suecia

Fundación Romtens (ROMTENS) – Rumanía

Instituto Nacional de Salud y Bienestar (THL) – Finlandia

Unidad para la investigación sobre suicidio, Universidad de Gante (UGENT)- Bélgica

Fundación Intras (INTRAS)- España

Servicio Andaluz de Salud (SAS)- España

Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud (FPS)- España

Universidad de Mikkeli de Ciencias Aplicadas (MAMK)- Finlandia

Universidad Técnica de Dresde (TUD)- Alemania

Instituto Regional de Salud Pública de Maribor (RPHI MB)- Eslovenia

Suecia Oeste (WS)- Suecia

Fundación De Leo (DELEOFUND)- Italia

Consejo del Condado de Cumbria (CCC)- Reino Unido



En línea con el "Segundo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud" (Comisión europea 2008-2013, ver <http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/>), el proyecto promueve la puesta en marcha de redes regionales para la gestión y aplicación de programas de prevención, como una metodología innovadora para mejorar los servicios existentes.

A través del fomento de las intervenciones regionales y de las campañas dirigidas tanto a los grupos diana como a los profesionales no sanitarios, el proyecto aspira a poner en práctica el Pacto para la Salud Mental en relación con:

1. Prevención del suicidio
2. Reducir/Eliminar el estigma de los trastornos mentales
3. Promoción de la salud entre los jóvenes

Los objetivos específicos del proyecto Euregenas son los siguientes:

- Identificar y catalogar las buenas prácticas de actuación existentes y las estrategias de prevención del suicidio, a nivel local y regional.
- Realizar un análisis de necesidades en materia de prevención del suicidio a partir de los profesionales y personas implicado en este objetivo.
- Desarrollar y difundir guías y herramientas para la prevención del suicidio y estrategias para incrementar la sensibilización.
- Desarrollar técnicas específicas para un modelo de integración de cuidados mediante e-mentalhealth orientado a la prevención del suicidio (website, instrumento electrónico).
- Mejorar los conocimientos y las habilidades entre los profesionales tanto a nivel local como regional (por ejemplo, psicólogos, psiquiatras, médicos generalistas y de atención primaria).

El proyecto aspira a cumplir los objetivos específicos mediante la ejecución de una serie de paquetes de trabajo (WP). Concretamente, el proyecto Euregenas incluye ocho paquetes de trabajo: tres horizontales, orientados a la coordinación, difusión y evaluación; y cinco verticales, que son los paquetes de trabajo principales (ver Figura 2).

Figura 2: Los principales Paquetes de Trabajo (WP) del proyecto Euregenas



RESUMEN

Las guías generales para la prevención de suicidio descritas en este documento se dirigen a gestores y responsables políticos y tienen como objetivo incrementar la concienciación sobre la importancia de aplicar estrategias de prevención del suicidio. El mensaje clave para los gestores y responsables políticos es que la prevención del suicidio es posible, y que en ella se deben involucrar acciones a múltiples niveles, políticas intersectoriales y programas.

El documento incluye cuatro secciones principales:

1. La **introducción**, que incluye el marco general de elaboración de las guías para la prevención del suicidio.
2. Los **conceptos clave asociados a la conducta suicida** como datos epidemiológicos, mitos comunes y un modelo explicativo de la conducta suicida.
3. Una revisión de la efectividad de las **intervenciones en la prevención del suicidio**, centradas en la promoción de la salud mental, proporcionando líneas telefónicas de ayuda y ayuda online, formación de profesionales, programas específicos dirigidos a grupos vulnerables y la limitación del acceso a métodos letales (ej. armas de fuego).
4. **Recomendaciones** para la creación de un plan de acción nacional de prevención del suicidio y para promover la investigación científica sobre la conducta suicida.

Este documento ha sido desarrollado por la Unidad de Investigación sobre suicidio de la Universidad de Gante, que es el socio coordinador del Paquete de Trabajo 6 del proyecto Euregenas, con la valiosa colaboración de otros socios relacionados con Euregenas y expertos locales en la prevención del suicidio, quienes han sido invitados a proporcionar comentarios y opiniones.

En la traducción al castellano han participado la Dra. Cristina Blanco; Dr. Juan L. Muñoz; Dra. Mercedes Pérez López y Dr. Manuel A. Franco Martín por parte de la región de Castilla y León (Fundación Intras y Sacyl (Complejo Asistencial de Zamora)); la Dra. Sonsoles Sánchez-Muros Lozano (Fundación Progreso y Salud, Andalucía); el Dr. José Daniel Gutiérrez Castillo (Servicio Andaluz de Salud) y D^a Evelyn Huizing (Servicio Andaluz de Salud)



I. INTRODUCCIÓN

El suicidio es el mayor problema de salud pública en Europa estimándose que el promedio de la tasa de prevalencia de suicidio es aproximadamente un 13.9 por 100000 (Organización Mundial de la salud, 2013). En muchas sociedades, hablar del suicidio sigue siendo tabú. Sin embargo, en la Unión Europea la prevención del suicidio recibe una importante atención con el desarrollo de acciones, programas de prevención y estrategias nacionales de prevención con el fin de mejorar la salud mental y disminuir el número de muertes por suicidio.

Las “directrices generales” descritas en este documento tienen el objetivo de contribuir a la prevención de las conductas suicidas en Europa. Las siguientes guías están dirigidas a los gestores y responsables políticos que trabajan en sectores relacionados con la aparición de conductas de suicidio. Dado que la prevención del suicidio requiere un abordaje multisectorial, parece importante no sólo implicar al sector sanitario, sino también a sectores no sanitarios como el educativo, el ámbito laboral, el judicial, los medios de comunicación, etc. Las directrices tienen como objetivo ofrecer información general sobre las conductas suicidas y una visión global sobre las estrategias de prevención de suicidio y buenas prácticas. Proporcionan un esquema de la contribución potencial a la prevención de suicidio de las regiones y países de la Unión Europea.

Animamos a los gerentes y responsables políticos a leer estas guías junto con el informe de la Organización Mundial de la Salud “Acción de la Salud Pública para la prevención del suicidio: un esquema”, que incluye un enfoque gradual en el desarrollo de estrategias de prevención de suicidio (ver: www.who.int).

Las guías se basan en un análisis de necesidades para la prevención del suicidio de los participantes y profesionales clave que tienen contacto o intervienen en personas con potencial riesgo de suicidio, a nivel regional, nacional o europeo; y una amplia revisión de la literatura y las buenas prácticas (integrada en el paquete de trabajo 4 del proyecto Euregenas). Además, se llevó a cabo una revisión de la literatura internacional sobre las estrategias de prevención de suicidio eficaces, a través de la “Web of Knowledge”, actualmente “Web of Science”. Finalmente, se han creado redes de trabajo regionales en cinco de las regiones participantes que apoyan el desarrollo y la instauración de estas Directrices. La red de trabajo involucra a gestores y responsables políticos, expertos en salud pública, agentes sociales e interesados en el ámbito de la prevención del suicidio.

Las guías están disponibles en cinco idiomas y se pueden descargar en la página web www.euregenas.eu (y la de castellano en la www.euregenas.es)

II. CONCEPTOS CLAVE

Definiciones

Pensamiento y conducta suicida pueden ser definidos como un proceso complejo que puede extenderse desde la ideación suicida, mediante planificación del suicidio, al intento de suicidio y finalmente, suicidio. La conducta suicida es la consecuencia de la interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales ambientales y situacionales (Hawton y van Heeringen, 2009).

La definición de suicidio y de intento de suicidio, ha cambiado a lo largo del tiempo. De Leo y colaboradores (2004) definen **suicidio** como: "Un acto infrecuente con resultado de muerte, en el que la intención de la persona que lo hace es morirse y que se lleva a cabo con la intención de modificar su entorno o su situación".

Conducta suicida sin resultado de muerte, incluyendo intentos de suicidio y autolesiones intencionadas, se define como: "Una acción infrecuente sin resultado de muerte con el que la persona espera morir, o se pone en riesgo de morirse o hacer un daño corporal, iniciado y llevado a cabo con el objetivo de conseguir cambios en su entorno o en sí mismo".

Epidemiología

El **suicidio** es un problema importante de salud pública en la Unión Europea que supone más de 58.000 muertes al año (Organización Mundial de la Salud, 2003). El suicidio afecta a personas de cualquier edad, cultura o grupo poblacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que nueve de los diez países con un mayor índice de suicidio se encuentran en la Unión Europea, siendo Lituania Hungría y Finlandia los que presentan una mayor tasa de suicidio. En general, los países del sur, como Italia y Chipre, muestran los índices más bajos. El índice de suicidio en varones es mucho más alto que en mujeres en todos los países de las regiones europeas, y es más frecuente entre los 35 y 44 años.

Los intentos de suicidio son mucho más comunes que el suicidio. Estudios realizados muestran que los actos suicidas sin resultado de muerte son, al menos, diez veces más frecuentes que los suicidios mortales. Las conductas suicidas sin resultado de muerte son más frecuentes entre los adolescentes y va disminuyendo con la edad, a diferencia de los actos suicidas mortales (Nock et al., 2008).

Todos los suicidios y los intentos de suicidio, tanto directa como indirectamente, afectan a otras personas. Generan un grave impacto sobre los **supervivientes/survivors (personas próximas a la persona que se suicida)**, como cónyuges, padres, hijos, familia, amigos, compañeros de trabajo y coetáneos, tanto a corto como a largo plazo.

Mitos Frecuentes

Hay muchos conceptos erróneos en relación con la conducta suicida. A continuación se revisan los mitos más frecuentes.

El suicidio no se puede prevenir

Uno de los mitos más habituales sobre la conducta suicida es que no se puede prevenir. Sin embargo, muchas personas que están en riesgo de suicidio, tienen sentimientos contradictorios en relación a la muerte. Incluso, la persona con la depresión más grave duda hasta el último momento, entre el querer vivir y querer acabar con su sufrimiento. Además, hay evidencias científicas que muestran que hay un gran número de intervenciones que dan lugar a una prevención eficaz del suicidio.

Hablar sobre el suicidio puede incrementar el riesgo de que se lleve a cabo una conducta suicida

Cuando una persona manifiesta pensamientos suicidas, no se debe considerar que está haciendo una llamada de atención, sino que es un grito de dolor, que indica que la persona está desesperada y con fuertes sentimientos de sufrimiento emocional. Hablar sobre los pensamientos y planes suicidas no incrementa ni la desesperación, ni los intentos de suicidio. Por el contrario, poder hablar abiertamente y con confianza sobre las ideas de suicidio puede resultar un método preventivo/terapéutico eficaz para evitar el intento de suicidio. Incluso, hablar sobre el suicidio puede resultar importante para que la persona vea la necesidad de buscar y solicitar ayuda.

El suicidio es una reacción normal en situaciones o ante experiencias negativas

El suicidio no es la mejor respuesta incluso ante situaciones de estrés grave. Por el contrario, el suicidio es una reacción inadecuada y extrema ante situaciones relativamente normales. Todo el mundo se tiene que enfrentar a situaciones estresantes o de frustración y a contrariedades en su vida, pero no toda la gente desarrolla, por ello, pensamientos y planes de suicidio.

Las personas que hablan de suicidarse no lo hacen

La mayoría de las personas que hacen un intento de suicidio o que finalmente se suicidan comunican sus pensamientos de suicidarse antes de realizarlo. En consecuencia, es importante considerar seriamente cualquier comentario sobre pensamientos de suicidio, y motivar a la persona para que pida y busque ayuda.

Comprendiendo la conducta suicida

Diferentes investigaciones han mostrado con claridad que la conducta de suicidio constituye un problema muy complejo y multifactorial. La conducta suicida nunca se produce por una única causa, sino que surge debido a la interacción entre los factores de riesgo combinado con la falta de factores protectores.

Los **Factores de riesgo** comprenden aquellas características que incrementan la probabilidad de que un individuo contemple el intento de suicidio o se suicide. Los factores de riesgo incluyen: enfermedades psiquiátricas (por ejemplo, trastorno depresivo, trastorno por abuso de sustancias), enfermedades somáticas (por ejemplo, enfermedades que generen dolor crónico), experiencias vitales negativas (por ejemplo, perder a los padres a una edad temprana, sufrir abusos), características personales (por ejemplo, desesperanza o impulsividad) e intentos de suicidio previos. Los factores de riesgo no son estáticos (varían en el tiempo) y pueden ser diferentes de un país a otro.

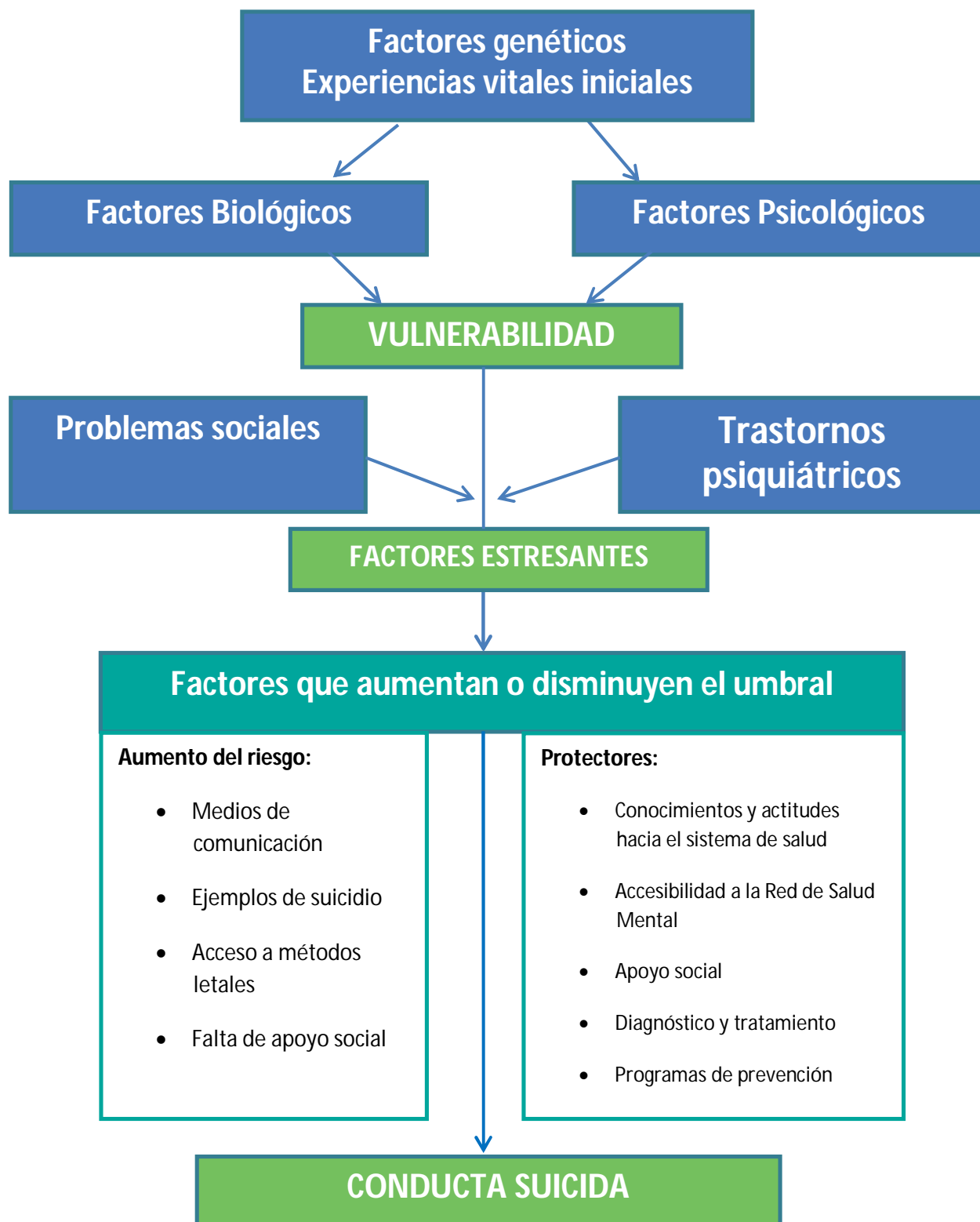
Los **Factores protectores** son aquellas características que hacen menos probable que un individuo considere el intento de suicidio o se suicide. Algunos ejemplos de factores protectores son: una imagen positiva de sí mismo, adecuada capacidad para resolver problemas, apoyo social, búsqueda de ayuda,...

El modelo que aparece en la Figura 3 muestra la integración del modelo bio-psico-social: se fundamenta en el impacto que los factores de riesgo biológicos, psicológicos, psiquiátricos y sociales tienen sobre el desarrollo de la conducta suicida.

El **modelo** se centra en tres factores clave:

- **Factores rasgo-dependientes**, como factores genéticos, biológicos o psicológicos (por ejemplo, disfunción serotoninérgica, trastornos de la personalidad y afectación cognoscitiva, entre otros).
- **Características estado dependientes**, como la depresión y la desesperanza, que podrán estar influidas por estresores vitales (por ejemplo, crisis económica, problemas sociales, violencia doméstica) o por un trastorno psiquiátrico.
- **Factores límites**, los cuales pueden aumentar el riesgo o generar un efecto protector. Por ejemplo, el acceso a métodos letales puede disminuir el umbral de conductas suicidas, mientras que un sistema de salud accesible puede tener un efecto protector al permitir la continuidad de atención a las personas que realizan una conducta suicida.

Figura 3: Modelo explicativo de la conducta suicida (van Heeringen, 2001)



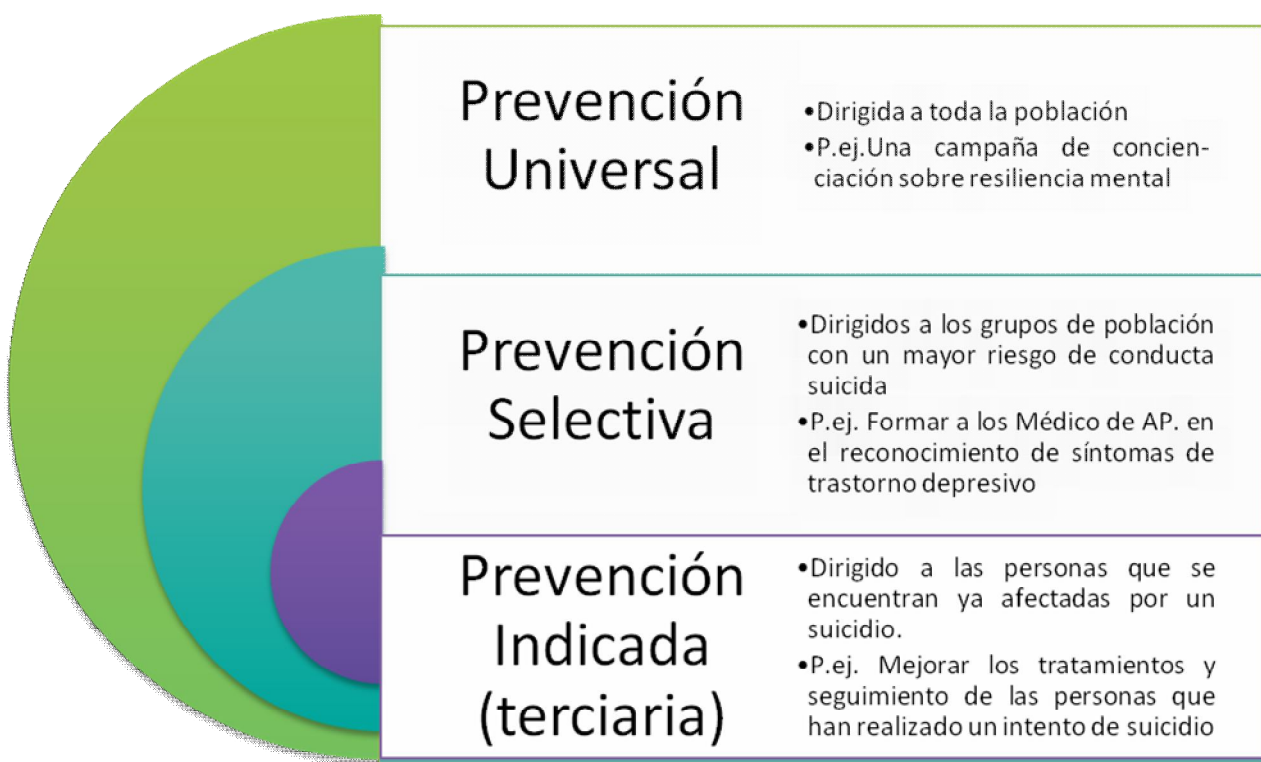
III. ESTRATEGIAS CLAVE EN LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

En las dos últimas décadas, se han desarrollado en Europa un gran número de estrategias de prevención de suicidio. En este documento se describen las estrategias que se han utilizado con más frecuencia y que ha demostrado que son eficaces para la reducción del índice de suicidios.

Niveles de Intervención

Las estrategias de prevención de suicidio se pueden clasificar, atendiendo a cada uno de los tres niveles de intervención según a la población a las que se dirijan. El modelo USI (Universal-Selectiva-Indicada) define tres niveles de prevención: prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada (Gordon, 1983; Nordentoft, 2011). Para asegurar la eficacia de la política de prevención, se recomienda proporcionar medidas en los tres niveles, para promover la prevención del suicidio desde un abordaje multisectorial implicando varias actividades en los distintos niveles de intervención.

Figura 4: Estrategias clave en prevención del suicidio



Todas estas estrategias habitualmente se incluyen en el plan de acción nacional de prevención del suicidio en cada país de la Unión Europea, o incluso fuera de ella. La selección de estas estrategias se basa en una revisión de la literatura y de las buenas prácticas que fue tomada en cuenta en los objetivos del Proyecto Euregenas. Además, se realizó una búsqueda de la literatura internacional utilizando las principales Webs científicas (enero 2000 a abril 2003).

Como se observa estas estrategias de prevención actúan en diferentes niveles de intervención, que van desde la prevención universal, a la prevención selectiva y a la prevención terciaria (ver tabla 1). Algunas estrategias se centran en un nivel de prevención (P.ej. programas dirigidos a grupos vulnerables centrados en la prevención selectiva), pero otros combinan varios niveles (P.ej. La promoción de la salud mental puede incluir tanto prevención universal como selectiva).

Tabla 1. Estrategias seleccionadas y niveles de intervención

NIVELES DE INTERVENCIÓN

<i>ESTRATEGIAS</i>	<i>PREVENCIÓN UNIVERSAL</i>	<i>PREVENCIÓN SELECTIVA</i>	<i>PREVENCIÓN Terciaria</i>
<i>1. Promoción de la Salud Mental</i>	X	X	
<i>2. Proporcionar ayuda telefónica y online</i>		X	X
<i>3. Formación de profesionales de la salud (mental), facilitadores, agentes sociales y periodistas</i>	X	X	X
<i>4. Programas dirigidos a grupos vulnerables</i>		X	
<i>5. Programas dirigidos a grupos de alto riesgo</i>			X
<i>6. Restringir el acceso a métodos letales</i>	X	X	X



ESTRATEGIA 1

Promoción de la Salud Mental

Las estrategias de promoción de la Salud Mental pueden contribuir a la prevención del suicidio. A menudo son eficaces en la mejora de factores como la resiliencia, inclusión social, entorno seguro (P.ej. seguridad en el ámbito escolar y laboral), que son factores protectores para la conducta suicida.

Balfour (2007) describe la promoción de la Salud Mental como: **“El proceso de capacitación individual y comunitaria para tomar el control sobre sus vidas y mejorar su salud mental. Busca incrementar el bienestar y autoestima, las capacidades y habilidades de afrontamiento, el apoyo familiar y comunitario, así como modificar el contexto social y económico general que influye en la salud mental”**

El fomento de la salud mental incluye varias estrategias, que pueden ser instauradas tanto a nivel individual, como a nivel comunitario, o en ambos niveles:

- Las estrategias centradas en el **individuo** apuntan al incremento de la resiliencia emocional y a la reducción de la vulnerabilidad hacia los problemas de salud mental a través del desarrollo de habilidades personales, autoestima, estrategias de adaptación, habilidades para la resolución de problemas y autoayuda. Todo esto permite aumentar la capacidad de adaptarse a las transiciones de la vida y al estrés. Ejemplos de estas estrategias son los programas de prevención a nivel escolar y las herramientas vía internet o de autoayuda.
- **A nivel comunitario** las estrategias de promoción de la salud están centradas en el incremento de la inclusión y cohesión social. Entre ellas están el incremento de la sensibilización, reducción del estigma y la discriminación, desarrollar un entorno favorable al apoyo (P.ej. red de trabajo de autoayuda) en diferentes lugares p.ej. colegios, ámbito laboral, clubes deportivos, centros comunitarios, residencias de personas mayores,...
- Algunas estrategias combinan las acciones a **diferentes niveles**. Por ejemplo, las Campañas de sensibilización pública, pueden estar dirigidas a mejorar las actitudes en cuanto a los trastornos depresivos (nivel comunitario) y favorecer las conductas relacionadas con la búsqueda de ayuda (nivel individual). Los estudios muestran que estas campañas tienen un efecto moderado sobre la actitud hacia los trastornos depresivos, pero no existe un efecto directo en la disminución del índice de suicidio, el aumento de la búsqueda de ayuda y un mayor uso de antidepresivos (Mann et al., 2005; van der Feltz-Cornelis et al.; 2011).



ESTRATEGIA 2

Proporcionar ayuda telefónica y vía internet

Las estrategias que mejoran la accesibilidad de ayuda a las personas con riesgo de suicidio pueden ser útiles en la prevención del suicidio. En las últimas décadas, un gran número de regiones y países han empezado a ofrecer líneas de ayuda telefónica y ayuda vía internet, que parece ser la mejor forma de llegar a las personas con intención de suicidio.

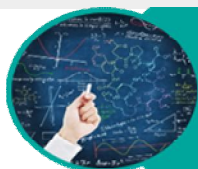
Líneas de ayuda telefónica.

Muchos países tienen líneas telefónicas de soporte que ofrecen ayuda durante la crisis y están especialmente dirigidas a personas con pensamientos de suicidio. Pocos estudios han determinado la eficacia de estas líneas de ayuda, pero son muchos los estudios que han mostrado el efecto positivo que producen (De Leo et al., 2002; Mishara et al., 2007, Kalafat et al., 2007; Leitner et al., 2008). Un reciente estudio sobre las personas que contactaban con Los Samaritanos (línea de ayuda telefónica nacional para la prevención del suicidio de Gran Bretaña) descubrió que los usuarios presentaban altos niveles de satisfacción con el servicio y consideraban que el contacto había sido muy útil (Coveney et al., 2012).

Ayuda vía internet

En la última década, cada vez más gente busca ayuda por internet. En la Red se ofrece una amplia variedad de posibilidades en relación con la prevención del suicidio. Muchas líneas de ayuda telefónica han extendido sus servicios con e-mail, chat y divulgación en redes sociales. La oportunidad de permanecer en el anonimato y recibir información adaptada facilita y anima a que la gente quiera pedir ayuda. De esta forma, la e-salud mental puede aportar ayuda accesible y disminuir la barrera de acceso a la asistencia sanitaria y de la prevención (Christensen et al., 2002; Gilat and Sahar, 2007).

Uno de los productos del Proyecto Euregenas será el desarrollo de las directrices éticas, criterios de calidad y el Modelo e-conceptual para prevención del suicidio basada en las nuevas tecnologías.



ESTRATEGIA 3

Formación de profesionales de la salud (mental), agentes sociales y comunitarios, y periodistas

Formación de profesionales de la salud mental y trabajadores-facilitadores comunitarios

La formación de profesionales de la salud (mental) y de los trabajadores comunitarios es una estrategia de prevención de suicidio que se emplea con frecuencia. Básicamente, consiste en proporcionar formación o realizar guías específicas para estos agentes clave.

En general, las investigaciones científicas muestran que proporcionar formación para la prevención de suicidio es una estrategia eficaz (Andriessen and van den Brande, 2001; Capp et al., 2001; Matheson et al., 2005; Ramberg and Wasserman, 2004). Se ha comprobado que la formación es efectiva para mejorar conocimientos, actitudes y confianza respecto a la prevención del suicidio (Brunero et al., 2008; Gask et al., 2006; Hayes et al., 2008; Oordt et al., 2009).

La capacitación se puede ofrecer a distintos grupos diana. Formar a los **médicos generales y atención primaria** en el reconocimiento y el tratamiento de los trastornos depresivos y de la ideación y conducta suicida es una de las estrategias de prevención más eficaces (van der Feltz-Cornelis et al., 2011).

Hay también evidencias que muestran que las **enfermeras** (Appleby et al., 2000; Dennis et al., 2001; Fenwick et al., 2004) y los **estudiantes de psicología** (McNiel et al., 2008) aprovechan la formación, ya que mejoran sus habilidades respecto a la evaluación de riesgo, evaluación de las necesidades de atención sanitaria y establecen más y mejores intervenciones para la prevención de suicidio.

Pero, también los trabajadores que intervienen en la comunidad como **profesores-educadores**, orientadores (*counselors*), especialistas en prevención, profesionales de la salud pública, educadores juveniles y profesionales de atención geriátrica pueden jugar un papel importante en la detección de personas en riesgo y derivar a individuos con riesgo de suicidio a recibir atención sanitaria. Por ejemplo, se ha probado la eficacia de formar a profesores y a educadores juveniles en el reconocimiento de las señales de alarma de la conducta suicida e intervención y derivación en situaciones de crisis (Chagnon et al., 2007). Además, los trabajadores que intervienen en la comunidad consideran que la formación es necesaria (Hawgood et al., 2008; Palmieri et al., 2008; Ramberg and Wasserman, 2004). Sin embargo, cuando se proporciona un curso de formación a los profesores se recomienda integrar en esa formación una perspectiva más amplia que incluya aspectos relativos a la política en salud mental.

Otros facilitadores que tienen que ser implicados en los programas de formación en prevención de suicidio son los **curas** (Hegerl et al., 2006) la **policía** (Mishara and Martin, 2012; Pinfold et al., 2003; Watson et al., 2004) los farmacéuticos (Bell et al., 2006) y **funcionarios de prisiones** (Pompili et al., 2009).

Formación de periodistas

Existen multitud de estudios, revisiones sistemáticas y metaanálisis, respecto al papel que tienen los medios de comunicación en el suicidio. En general, han mostrado consistentemente que informar sobre suicidio puede provocar conductas suicidas de imitación, especialmente cuando se informa sobre el método utilizado o sobre el suicidio de alguna persona famosa (*PirkisyBlood*, 2001; *SisaskyVärnik*, 2012; *Stack*, 2000; *Stack*, 2005).

Por lo tanto, muchos países han desarrollado guías y programas de formación para periodistas, tratando de incrementar la concienciación sobre el papel tan crucial que juegan en la prevención del suicidio. Se ha probado que las directrices para los medios de comunicación tienen impacto en la calidad de sus reportajes (*Niederkrötenhaler and Sonneck*, 2007). Sin embargo, cabe señalar que no todos los estudios sobre la formación y las directrices proporcionadas a los periodistas han producido resultados positivos (*Goldney*, 2005; *Mann et al.*, 2005).

En algunos países, además de las directrices para los medios de comunicación (p.ej. Australia, Bélgica o Dinamarca) organizan premios honoríficos para los periodistas que informan de forma responsable sobre el suicidio. Las investigaciones muestran que los premios a los medios de comunicación son valorados positivamente por los periodistas, y pueden contribuir de manera constructiva a la implementación de directrices para los medios de comunicación (*Dare et al.*, 2011).

Uno de los resultados del Proyecto Euregenas será desarrollar guías para la prevención del suicidio dirigidas a profesores y otros profesionales del ámbito escolar, así como guías para el ámbito laboral y para periodistas.



ESTRATEGIA 4

Programas dirigidos a grupos vulnerables

Algunos grupos poblacionales presentan un incremento del riesgo de desarrollar pensamientos o conductas suicidas, p.ej., personas emocionalmente cercanas a otra que se haya suicidado, grupos minoritarios (especialmente si están en riesgo de exclusión) y/o grupos con una edad específica. Cuando se establecen estrategias, es importante tener en cuenta a estos grupos vulnerables y elaborar una intervención adaptada a ellos.

Cabe señalar que la lista de grupos de población vulnerable que se describe a continuación no está limitada y que el riesgo de desarrollar una conducta suicida en un determinado grupo de población puede variar a lo largo del tiempo, dependiendo de factores culturales y sociales.

Personas Emocionalmente cercanas a otra que se haya Suicidado

El suicidio y la enfermedad psiquiátrica en familiares se identifican como un factor de riesgo para el desarrollo de la conducta suicida. Las personas que han perdido a un familiar o a alguien importante por suicidio presentan, por lo tanto, un mayor riesgo de desarrollar enfermedades físicas y mentales, así como comportamiento suicida (Beautrais, 2004; Qin et al., 2002).

Muchos países, p.ej. Reino Unido, Bélgica o Suecia, han desarrollado acciones preventivas dirigidas a este grupo poblacional, estableciendo redes y grupo de apoyo para los llamados *survivors* o supervivientes, desarrollando recursos sobre cómo abordar el suicidio de un familiar o configurando líneas de ayuda telefónica para los afligidos.

Grupos minoritarios

Los grupos minoritarios, incluyendo lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT) y minorías étnicas, han sido identificados como grupos vulnerables para desarrollar conductas suicidas.

La gente identificada como **lesbiana, gay o bisexual** parece tener un mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales, ideación suicida, abuso de sustancias y autolesiones intencionadas, que la gente heterosexual. Al menos 16 estudios de jóvenes lesbianas, gays y bisexuales (LGB) informan sobre índices más altos de intentos de suicidio, oscilando entre el 20 y el 53% (Haas et al., 2011; McDaniel, Purcell and D'Augelli, 2001; Savin-Williams, 2001b; van Heeringen and Vincke, 2000). Lo mismo se aplica a los **transexuales**, los estudios muestran mayores índices de intentos de suicidio (Dhejne et al., 2011; Mathy, 2002).

Un estudio europeo multicéntrico mostró que **los inmigrantes** en Europa procedentes de otras culturas o de países con tasas de suicidio elevadas mostraban índices más altos de intentos de suicidio que la población nativa (Bursztein-Lipsicas et al., 2011). Por este motivo, en algunos países como Alemania, se realizan campañas específicas dirigidas a los inmigrantes.

Los mayores y los jóvenes

Cuando se compara el riesgo de suicidio en distintos grupos etarios, los estudios muestran índices de suicidio particularmente altos en población mayor (De Leo and Spathonis, 2004), mientras que los índices de conducta suicida sin resultado de muerte son más altos entre la población joven (Nock et al., 2008).

Una reciente revisión sobre un programa de prevención dirigido a personas mayores mostró que (evaluado científicamente) muchos de los programas eran eficaces en disminuir los pensamientos y sentimientos depresivos o la ideación suicida o los índices de suicidio (Lapierre et al., 2011). La mayoría de estos programas se centran en disminuir los factores de riesgo, por ejemplo disminución del aislamiento, y mejoran el cribado y el tratamiento de los trastornos depresivos. Sin embargo, hay pocos programas dirigidos a reforzar los factores protectores como la mejora de la resiliencia y el envejecimiento positivo. En consecuencia, esta podría ser una propuesta innovadora y eficaz (Lapierre et al., 2011).

Los resultados de los programas de prevención de suicidio dirigidos a adolescentes, como programas educativos (currículum) o programas comunitarios, fueron muy variables (Mann et al., 2005)

Para concluir, cuando se establecen estrategias de prevención del suicidio, es altamente recomendable desarrollar intervenciones adaptadas y dirigidas a los grupos de población más vulnerables.

La intervención puede incluir:

- **Incrementar la resiliencia de los grupos vulnerables**
- **Proporcionar apoyo específico para los grupos vulnerables** (a través de los grupos de apoyo, líneas telefónicas de ayuda, programas de divulgación, folletos,...).
- **Mejorar la accesibilidad** a la atención de los grupos vulnerables
- **Incrementar la concienciación y sensibilización** (y en algunos casos luchar contra el estigma) hacia grupos vulnerables, formando a la población, trabajadores que intervienen en la comunidad y los profesionales de la salud (mental).



ESTRATEGIA 5

Programas dirigidos a Grupos de alto riesgo

Los programas dirigidos a grupos de alto riesgo tienen como objetivos desarrollar estrategias de detección, atención y tratamiento de las personas que presentan un incremento en el riesgo de suicidio. El mayor grupo de riesgo de desarrollar pensamientos y planes suicidas, incluye a las personas que han tenido un intento de suicidio, y los que tienen un trastorno psiquiátrico.

Mejora de la asistencia y el seguimiento tras un intento de suicidio

Una historia previa de intentos de suicidio se ha considerado consistentemente el mayor predictor de conductas suicidas futuras (Oquendo, Galfalvy, Russo et al., 2004; Tidemalm et al., 2008). Por lo tanto, las estrategias eficaces de asistencia dirigidas a personas que han tenido un intento de suicidio son muy importantes. Las investigaciones muestran que seguir en contacto con quienes han realizado un intento de suicidio puede reducir el índice de suicidios. Luxton, June y Comtois (2013), en su amplia revisión sobre estrategias de prevención centradas en el mantenimiento del contacto y seguimiento post-alta, señalaron que el efecto preventivo del mantenimiento del contacto se extendía desde hacer llamadas y enviar postales, a enviar mensajes de texto y correos electrónicos.

Mejora en los cuidados de personas con trastornos psiquiátricos

El suicidio no tiene una causa única, a pesar de que hasta el 90% de los individuos que completan un suicidio presentan criterios para un trastorno psiquiátrico. Desafortunadamente el 80% de los casos no se encontraban en tratamiento en el momento de la muerte (López et al., 2006).

Muchos trastornos psiquiátricos muestran un incremento del riesgo de la conducta suicida. Por ejemplo, trastorno depresivo, trastorno por uso de sustancias y alcohol, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad (Hawton and van Heeringen, 2009).

La prevención de los intentos de suicidio y del suicidio mediante procedimientos diagnósticos y tratamientos adecuados de los trastornos psiquiátricos debe tener, por tanto, una alta prioridad en la práctica clínica. Hay, por ejemplo, evidencias sólidas que indican que una prevención y tratamiento adecuados del trastorno depresivo y del abuso de sustancias y alcohol pueden reducir las tasas de suicidio (WHO, 2012).

Mejora del tratamiento de las personas con riesgo

Datos obtenidos de un reciente estudio a nivel mundial muestran que el 44% de las personas que se suicidan en países desarrollados, no reciben ningún tipo de tratamiento (Bruffaerts et al., 2011). En consecuencia, la inversión, tanto en tratamientos farmacológicos como psicoterapéuticos para personas de alto riesgo, debería ser una prioridad en la asistencia en Salud Mental.

Los tratamientos **farmacológicos** han demostrado que contribuyen a la disminución del riesgo de suicidio en personas con un trastorno mental (Mann et al., 2005). Por ejemplo, tasas elevadas de prescripción de antidepresivos (Moller, 2006) y a largo plazo, tratamiento con Litio (Baldessarini et al., 2006; Guzzetta et al., 2007) se correlacionan con una disminución del índice de suicidio en pacientes depresivos. Sin embargo, el uso de antidepresivos en jóvenes depresivos puede tener efectos adversos, por lo que han de ser tomados con precaución (Stone et al., 2009).

Muchos estudios y revisiones han mostrado que el **tratamiento psicoterapéutico** es eficaz en personas con riesgo de suicidio (Brown et al., 2005; Guo and Harstall, 2004; Mann et al., 2005). Teniendo en cuenta que vivimos en un mundo informatizado, la prevención de suicidio basada en nuevas tecnologías es otro campo importante y valioso para su prevención. Por ejemplo, el tratamiento online del trastorno depresivo y las **intervenciones de autoayuda** en los pensamientos y las conductas suicidas han dado los primeros pasos y ya han demostrado ser eficaces. El ensayo aleatorio controlado de van Spijker (2012) mostró una gran mejora, estadísticamente significativa, en los pensamientos suicidas, los sentimientos de desesperanza, las preocupaciones y en el estado de salud de personas con pensamientos de suicidio, después de participar en una intervención de autoayuda. En Nueva Zelanda, se ha desarrollado una terapia de intervención cognitivo conductual informatizada como un juego ("SPARX") dirigida a adolescentes con depresión, y demostró ser tan eficaz como el tratamiento habitual (y en algunas circunstancias, incluso más efectiva) contribuyendo a la reducción de los síntomas depresivos (Merry et al., 2012).



ESTRATEGIA 6

Restricción del acceso a métodos letales

Las estrategias orientadas a la restricción de métodos letales son también uno de los esfuerzos en prevención de suicidio con mayor soporte de evidencias en cuanto a la reducción del índice de suicidio (Mann et al., 2005; Sarchiapone et al., 2011).

Una posible explicación puede ser que estas estrategias se instauren con bastante rapidez y medirlo sea relativamente fácil, en comparación con otras estrategias de prevención de suicidio (Florentine and Crane, 2010).

En su revisión, van der Feltz-Cornelis et al. (2011) enumeraron ejemplos de intervenciones que se dirigían a limitar el acceso físico a métodos de suicidio:

- Detoxificación del gas doméstico
- Uso obligatorio de catalizadores en los motores de los vehículos
- Restricción del acceso a armas de fuego, con una ley que controle las armas de fuego
- Restricción del uso de pesticidas
- Restricción de acceso a lugares en los que se pueda saltar, por ejemplo, instalando vallas de seguridad en las zonas elevadas de los edificios residenciales o en lugares en los que hay un alto riesgo de saltar como por ejemplo, la Torre Eiffel, el Puente del puerto de Sidney o el edificio Empire State (Lin and Lu, 2006; Beautrais, 2007).
- Restricción de la prescripción y venta de barbitúricos y paracetamol
- Uso de nuevos antidepresivos con baja toxicidad
- Restricción del acceso al alcohol

La restricción de los métodos no carece de riesgos. Cuando se restringe un método puede que sea sustituido por otro. Sin embargo, Nordentoft (2011) señala que: "En contextos apropiados, donde la sustitución es menos probable que ocurra y junto con el esfuerzo de prevención psicosocial, la limitación del acceso físico a métodos o instrumentos con los que realizar un suicidio, puede ser un estrategia de prevención de suicidio eficaz".



IV. RECOMENDACIONES FINALES

Los beneficios de un plan de acción nacional para la prevención del suicidio

En las últimas décadas, muchos países y regiones de Europa han desarrollado amplios programas de prevención de suicidio tanto nacionales como regionales, p.ej. Finlandia, Suecia, Bélgica (la región de Flandes), Dinamarca y Reino Unido. En España todavía no disponemos de un plan o estrategia de prevención de suicidio, difuminándose las acciones en planes sectoriales de asistencia psiquiátrica o limitándose a programas en diferentes comunidades autónomas.

Tener una estrategia nacional puede ser efectivo para la reducción del índice de suicidio. Mediante el análisis de datos entre 1980 y 2004, Matsubayashi y Ueda (2011) estudiaron si existía una diferencia estadísticamente significativa en los índices de suicidio, antes y después de instaurar un programa nacional de prevención del suicidio. El análisis mostró que los índices de suicidio disminuyeron tras introducir los programas nacionales de prevención de suicidio.

En su informe: “Acción de la Salud Pública en la prevención del suicidio: un esquema”, la OMS describe los **componentes clave** de la estrategia nacional de prevención de suicidio. Destacan la importancia de:

- Claridad en los objetivos
- Determinación clara de los factores de riesgo y los protectores
- Intervenciones eficaces
- Estrategias de prevención a diferentes niveles
- Mejorar el registro de casos y la investigación sobre la conducta de suicidio.
- Monitorizar y evaluar

El plan de acción de la Región de Flandes para la prevención del suicidio incluye de forma adicional, los siguientes criterios para la selección de las intervenciones:

- Especificidad en las intervenciones sobre la conducta de suicidio.
- Análisis de Coste-eficacia de las intervenciones
- Calidad de la evidencia científica de las intervenciones.
- Posibilidad para la instauración de las intervenciones (implementación).

Además, el plan de acción debe ser multisectorial, ya que la prevención del suicidio es un tema de importancia y trascendencia más allá del sector sanitario. Un objetivo cuantificable en sanidad (p.ej. el objetivo de disminuir un determinado porcentaje en una determinada cantidad de tiempo) podría alentar a tomar medidas. Finalmente, se requiere una atención especial al valorar la sostenibilidad en la aplicación de las estrategias y acciones para la prevención del suicidio.

“Las intervenciones en la prevención del suicidio deben ser multimodales, basadas en la evidencia, dirigidas por hipótesis específicas que se puedan comprobar, e implementadas entre una población de suficiente tamaño para poder generalizar el rendimiento y asegurar que los resultados sean fiables y generalizables”. (Mann et al., 2005)

La necesidad de investigar

Se necesitan muchas más investigaciones en el campo de la prevención del suicidio. Es altamente recomendable incluir investigaciones sobre estrategias de prevención. Las investigaciones pueden contribuir a mejorar nuestros conocimientos sobre

- Epidemiología del suicidio y de los intentos de suicidio
- Factores de riesgo y protectores de la conducta suicida
- La neurobiología de los comportamientos suicidas
- Eficacia de las estrategias y acciones de prevención

Además, se deben fomentar más investigaciones a nivel local y regional, que pueden dar lugar a conocer las diferencias socioculturales significativas en la ideación suicida.

Biblioteca online de Euregenas

Se ha desarrollado una biblioteca online en el paquete de trabajo 4 del proyecto Euregenas. La biblioteca online, incluyendo la literatura y las buenas prácticas, proporciona una visión general integral, amplia y actualizada sobre la actual situación de la Unión Europea respecto a la prevención de suicidio.

www.euregenas.eu/online-library

Enlaces

Tanto en la página web de la Organización Mundial de la Salud, como en la web de la Asociación Internacional para la Prevención de Suicidio, se puede encontrar más información sobre la prevención del suicidio.

GLOSARIO

Contagio: Es un fenómeno en el que las personas son influenciadas hacia los comportamientos suicidas al conocer el acto suicida de otra persona.

Facilitadores/Trabajadores Comunitarios: Personas que, en una comunidad, tienen contacto directo con un gran número de miembros de esa sociedad como parte de su rutina habitual. Ellos tienen un papel relevante para identificar a las personas con riesgo de suicidio y derivarlos a los servicios más apropiados, para su asistencia y tratamiento.

Salud mental: La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. De manera positiva, la salud mental es la base del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de una comunidad. (OMS, 2010).

Trastorno (salud) mental/ Trastorno psiquiátrico/ Enfermedad mental: Un trastorno mental o trastorno psiquiátrico es una enfermedad diagnosticable caracterizada por alteraciones en el ánimo, el pensamiento o el comportamiento (o una combinación de los mismos) asociada a angustia, que interfiere de manera significativa en las habilidades sociales, emocionales y cognitivas de la persona.

Problema de salud mental: reducción de las habilidades cognitivas, sociales o emocionales, pero que no cumple criterios para enfermedad mental.

Conducta suicida sin resultado de muerte: Una acción infrecuente sin resultado de muerte con el que la persona espera morir, o se pone en riesgo de morir o hacer un daño corporal, iniciado y llevado a cabo con el objetivo de conseguir cambios en su entorno o en sí mismo (De Leo et al., 2004). La conducta suicida sin resultado de muerte incluye el intento de suicidio, la autolesión intencionada y la autointoxicación intencionada, con o sin daño.

Posvención: Estrategia que se instaura tras una crisis o evento traumático.

Prevención: Estrategia o propuesta que reduce la probabilidad de aparición del riesgo o retrasa el inicio de un problema de salud, o reduce el daño resultante de una determinada circunstancia o conducta.

Factores protectores (para la conducta suicida): Elementos que hacen menos probable que se desarrollen pensamientos suicidas y/o intentos de suicidio. Los factores protectores pueden abarcar aspectos biológicos, psicológicos o sociales del individuo, la familia o el entorno.

Evaluación del riesgo: Proceso que cuantifica la probabilidad de que un individuo se autolesione o dañe a otros.

Factores de riesgo (para la conducta suicida): Es una característica medible, habitual o permanente, que incrementa la probabilidad de que se produzca un resultado adverso o negativo. Es decir, son elementos que hacen más probable que un individuo desarrolle pensamientos suicidas o lleve a cabo intentos de suicidio. Los factores de riesgo pueden abarcar aspectos biológicos, psicológicos o sociales del individuo, la familia o el ambiente.

Conducta autodestructiva/ daño autoinfligido intencionado/ autolesión: Los diferentes métodos con los que las personas se autolesionan, como por ejemplo cortes a sí mismo, ingesta de sobredosis, autoagresiones o realizar conductas de riesgo de forma deliberada o intencionada.

Pensamiento y conducta suicida: Es un proceso complejo que puede oscilar desde la ideación suicida, a través de la planificación suicida, intento de suicidio y finalmente, el suicidio. La conducta suicida es consecuencia de la interacción de distintos factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, ambientales y situacionales (Hawton y van Heeringen, 2009).

Intento de suicidio: Acción con la intención y el deseo subjetivo de morirse tras un acto autodestructivo.

Suicidio (o conducta suicida con resultado de muerte): Un acto con resultado de muerte, en el que la intención de la persona que lo hace es morirse y que se lleva a cabo con la intención de modificar su entorno o su situación (De Leo et al., 2004).

Superviviente a un intento de suicidio: Individuo que ha sobrevivido a un intento de suicidio previo.

Riesgo de suicidio: Grado de peligrosidad para uno mismo, que soporta cada individuo, basado en la presencia o ausencia de conductas suicidas y los factores asociados con la probabilidad de suicidio.

Supervivientes a un suicidio (survivors) (pérdida por suicidio): Miembros de la familia, personas significativas o conocidos que han tenido una relación cercana a la persona que muere por suicidio. En ocasiones, el término de "superviviente a un suicidio" se utiliza para denominar a las personas que sobreviven a un intento de suicidio.

Signos de alarma de suicidio: Indicaciones que nos advierten que un individuo tiene riesgo de suicidio.

Prevención del suicidio basado en las nuevas tecnologías (TBSP): La prevención de suicidio basado en las nuevas tecnologías son programas diseñados para la prevención del suicidio en los que se puede utilizar diversos tipos de avances tecnológicos como internet, teléfonos inteligentes y tabletas. Los programas

basados en nuevas tecnologías incluyen sitios webs formativos e interactivos, juegos serios, tratamiento vía internet, etc.

FUENTES DEL GLOSARIO

- National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for action. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2001
- <http://www.suicidepreventionlifeline.org/learn/glossary.aspx>
- <http://www.stopasuicide.org/glossary.aspx>

BIBLIOGRAFÍA

Andriessen, K., & Van den Brande, J. (2001). Youth suicide prevention and intervention skills: training of key persons. In O. Grad (Ed.), *Suicide Risk and Protective Factors in the New Millennium* (pp. 109-113). Ljubljana: Cankarjevdom.

Appleby, L., Morriss, R., Gask, L., Roland, M., Perry, B., Lewis, A., Perry, A., Battersby, L., Colbert, N., Green, G., Amos, T., Davies, L., Faragher, B. (2000). An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (the STORM project). *Psychological Medicine*, 30 (4), 805-812.

Baldessarini, R.J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F.K., & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, 8 (5), 625-639.

Balfour, K. & Balfour Consulting Group (2007). *Mental Health Promotion: Evidence Review*. For the BC Ministry of Health.

Beautrais, A. L. (2004). *Suicide postvention. Support for families, whanau and significant others after a suicide. A literature review and synthesis of evidence*. Wellington, New Zealand: Ministry of Youth Affairs.

Beautrais, A. (2007). *Suicide by jumping. A review of research and prevention strategies*. *Crisis*, 28 (suppl. 1), 58-63.

Bell, J.S., Johns, R. & Chen, T.F. (2006). Pharmacy students' and graduates' attitudes towards people with schizophrenia and severe depression. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70 (4), 77.

Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R. C., et al. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *British Journal of Psychiatry*, 199 (1), 64-70.

Brunero, S., Smith, J., Bates, E. & Fairbrother, G. (2008). Health professionals' attitudes towards suicide prevention initiatives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15 (7), 588-594.

Bursztein-Lipsicas, C.B., Makinen, I.H., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A., Lonqvist, J., Michel, K., Renberg, E.S., Sayil, I., Schmidtke, A., van Heeringen, C., Varnik, A., & Wasserman, D. (2011). Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (2), 241-251.

Capp, K., Deane, F.P., & Lambert, G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25 (4), 315-321.

Chagnon, F., Houle, J., Marcoux, I., & Renaud, J. (2007). Control-group study of an intervention training program for youth suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (2), 135-144.

Christensen, H., Griffiths, K.M., & Evans, K. (2002). E-mental health in Australia: implications of the internet and related technologies for policy. ISC Discussion Paper Nr3, Commonwealth Department of Health and Aging, Canberra.

Coveney, C.M., Pollock, K., Armstrong, S., Moore, J. (2012). Callers' Experiences of Contacting a National Suicide Prevention Helpline. Report of an Online Survey. *Crisis*, 33 (6), 313-324.

Dare, A.J., Andriessen, K.A.M., Nordentoft, M., Meier, M., Huisman, A., Pirkis, J.E. (2011). Media awards for responsible reporting of suicide: Experiences from Australia, Belgium and Denmark. *International Journal of Mental Health Systems*, 5:15.

De Leo, D., DelloBuono, M., Dwyer, J. (2002). Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. *British Journal of Psychiatry*, 181, 226-229.

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote J.M., Kerkhof, A., Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of Suicidal Behaviour. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: theories and research findings* (pp. 18-37). Ashland, OH: Hogrefe & Huber.

De Leo, D., & Spathonis, K. (2004). Suicide and suicidal behavior in late life. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal behavior: Theories and research findings* (pp. 253-286). Ashland, OH: Hogrefe & Huber.

Dennis, M., Evans, A., Wakefield, P., & Chakrabarti, S. (2001). The psychosocial assessment of deliberate self-harm: using clinical audit to improve the quality of the service. *Emergency Medical Journal*, 18, 448-450.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Langstrom, N., & Landen, M. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE*, 6, ArtID: e16885.

Fenwick, C.D., Vassilas, C.A., Carter, H., & Haque, M.S. (2004). Training health professionals in the recognition, assessment and management of suicide risk. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8, 117-121.

Florentine, J.B., Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: A review of theory and practice. *Social Science & Medicine*, 70, 1626–1632.

Gask, L., Dixon, C., Morriss, R., Appleby, L., & Green, G. (2006). Evaluating STORM skills training for managing people at risk of suicide. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 739-750.

Gilat, I. & Shahar, G. (2007). Emotional First Aid for a Suicide Crisis: Comparison between Telephonic Hotline and Internet. *Psychiatry*, 70, 12-18.

Goldney, R.D. (2005). A pragmatic review of recent studies. *Crisis*, 26, 128-140.

Gordon, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. Geneva: WHO.

Guo, B., & Harstall, C. (2004). *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E83583.pdf>; accessed April 2013).

Guzzetta, F., Tondo, L., Centorrino, F., Baldessarini, R.J. (2007). Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (3), 380–383.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R, et al. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58, 10–51.

Hawgood, J.L., Krysinska, K.E., Ide, N., & De Leo, D. (2008). Is suicide prevention properly taught in medical schools? *Medical Teacher*, 30, 287-295.

Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.

Hayes, A.J., Shaw, J.J., Lever-Green, G., Parker, D., & Gask, L. (2008). Improvements to suicide prevention training for prison staff in England and Wales. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 708-703.

Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., & Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36 (9), 1225–1233.

Kalafat, J., Gould, M., Munfakh, H., & Kleinman, M. (2007). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes. Part 1: Nonsuicidal Crisis Callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (3), 322-337.

Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B., Quinnett, P. and the International Research Group for Suicide among the Elderly (2011). A Systematic Review of Elderly Suicide Prevention Programs. *Crisis*, 32 (2), p 88–98.

Leitner, M., Barr, W., & Hobby, L. (2008). *Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: A systematic review*. Edinburgh, UK: Scottish Government Social Research.

Lin, J.J., & Lu, T.H. (2006). Association between the accessibility to lethal methods and method-specific suicide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1074–1079.

Luxton, D.D., June, J.D., & Comtois, K.A. (2013). Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? A Review of the Evidence. *Crisis*, 34 (1), 32-41.

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P. & Hendin, H. (2005). Suicide Prevention Strategies, A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 294 (16), 2064-74.

Matheson, F.I., Creatore, M.I., Gozdyra, P., Moineddin, R., Rourke, S.B., & Glazier, R.H. (2005). Assessment of police calls for suicidal behavior in a concentrated urban setting. *Psychiatric Services*, 56, 1606-1609.

Mathy, R.M. (2002). Transgender identity and suicidality in a nonclinical sample: Sexual orientation, psychiatric history, and compulsive behaviors. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 14, 47–65.

Matsubayashi, T. & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social science & medicine*, 73 (9), 1395-1400.

McDaniel, J. S., Purcell, D., & D'Augelli, A.R. (2001). The relationship between sexual orientation and risk for suicide: Research findings and future directions for research and prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 84–105.

McNiel, D.E., Fordwood, S.R., Weaver, C.M., Chamberlain, J.R., Hall, S.E., & Binder, R.L. (2008). Effects of training on suicide risk assessment. *Psychiatric Services*, 59, 1462-1465.

Merry, S.N., Stasiak, K., Shepherd, M., Frampton, C., Fleming, T. & Lucassen, M.F.G. (2012). The effectiveness of SPARX, a computerised self-help intervention for adolescents seeking help for depression: randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ*, 344.

Mishara, B.L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J.K., & Berman, A. (2007). Results from a Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 37(3), 291-307.

Mishara, B.L., & Martin, N. (2012). Effects of a Comprehensive Police Suicide Prevention Program. *Crisis*, Vol. 33(3), 162–168.

Moller, H.J. (2006). Evidence for beneficial effects of antidepressants on suicidality in depressive patients: a systematic review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (6), 329–343.

Niederkrotenthaler, T., & Sonneck, G. (2007). Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted time series analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2007, 41(5), 419-428.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P.,

Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D., et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192 (2), 98-105.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1), 133-154.

Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35, 848-853.

Oordt, M.S., Jobes, D.A., Fonseca, V.P., & Schmidt, S.M. (2009). Training mental health professionals to assess and manage suicidal behaviour: can provider confidence and practice behaviors be altered? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39, 21-32.

Oquendo, M.A., Galfalvy, H., Russo, S. et al. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1433-1441.

Palmieri, G., Forghieri, M., Ferrari, S., Pingani, L., Coppola, P., Colombini, N., et al. (2008). Suicide intervention skills in health professionals: a multidisciplinary approach. *Archives of Suicide Research*, 12, 232-237.

Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P., Toulmin, H., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluating an educational intervention with the police force in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 337-344.

Pirkis, J., & Blood, R.W. (2001). Suicide and the media: (1) Reportage in nonfictional media. *Crisis*, 22(4), 146-154.

Pompili, M., Lester, D., Innamorati, M., Del Casale, A., Girardi, P., Ferracuti, S., Tatarelli, R. (2009). Preventing Suicide in Jails and Prisons: Suggestions from Experience with Psychiatric Inpatients. *Journal of Forensic Sciences*, 54 (5), 1155-1162.

Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P.B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: A nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360 (9340), 1126-1130.

Ramberg, I.L., & Wasserman, D. (2004). Benefits of implementing an academic training-of-trainers program to promote knowledge and clarity in work with psychiatric suicidal patients. *Archives of Suicide Research*, 8(4), 331-343.

Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling Access to Suicide Means. *International Journal of Environmental Res. Public Health*, 8, 4550-4562.

Savin-Williams, R. C. (2001b). Suicide attempts among sexual minority youths: Population and measurement issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 983–991.

Stack, S. (2000). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 81(4), 957-972.

Stack, S. (2005). Suicide in the media: a quantitative review of studies based on non-fictional stories. *Suicide and Life Threatening Behaviour*, 35(2), 121-33.

Stone, M., Laughren, T., Jones, M.L., Levenson, M., Holland, P.C., Hughes, A., Hammad, T.A., Temple, R., & Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *British Medical Journal*, 339.

Tidemalm, D., Langstrom, N., Lichtenstein, P., & Runeson, B. (2008). Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long-term follow-up. *British Medical Journal*, 337.

van der Feltz-Cornelis, C.M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, A.T., Carli, V., McDaid, D., O'Connor, R., Maxwell, M., Ibelshauer, A., Audenhove, C., Scheerder, G., Sisask, M., Gusmao, R. & Hegerl, U. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: A review of systematic reviews. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32 (6), 319-333.

Vandeurzen, Vlaams. Actieplan Suicidpreventie II 2012 - 2020.

van Heeringen, C. (2001). Suicide in adolescents. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (2), S1-S6

vanSpijker, B. (2012). *Reducing the Burden of Suicidal Thoughts Through Online Self-Help*. Amsterdam: B.A.J. van Spijker.

Watson, A., Corrigan, P., & Ottati, V. (2004). Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 49--53.

World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Available at www.who.int. Accessed April 2013.

World Health Organization / Europe. Mental health – Data and statistics. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/facts-and-figures>. Retrieved September 2013.