

INFORME

Evaluación externa y valoración del II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de la Conducta Suicida en Extremadura

Coordinadores

Víctor M^a López Ramos - Rocío Yuste Tosina
Universidad de Extremadura



INFORME

Evaluación externa y valoración del II Plan
de Acción para la Prevención y Abordaje de
la Conducta Suicida en Extremadura

Universidad de Extremadura

Coordinadores

Víctor M^a López Ramos - Rocío Yuste Tosina
Universidad de Extremadura

Autores

Equipo de la Universidad de Extremadura:

Víctor M^a López Ramos
vmlopez@unex.es. 0000-0002-5945-0810.

Rocío Yuste Tosina
rocioyuste@unex.es. 0000-0002-9241-0079.

Teresa Alzás García
alzas@unex.es. 0000-0001-7847-2997

Carolina Bringas Molleda
cbringas@unex.es. 0000-0001-7956-2337

Eva M^a Pérez López
evaperez@unex.es 0000-0002-4377-8416

M^a Isabel Polo del Río
mabelpdrio@unex.es 0000-0001-7107-1330

E-ISBN: 978-84-09-54016-7 (edición digital)
Cáceres, 2023.

Este informe ha sido promovido por la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud y gestionado por FUNDESALUD.

Maquetación:

Gloria Redondo y Toni Barquero. Onda Campus.

Cómo citar esta publicación:

López, V.M., Yuste, R., Alzás, T., Bringas, C., Pérez, E. y Polo, M.I. (2023). *Informe: Evaluación externa y valoración del II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de la Conducta Suicida en Extremadura*. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Junta de Extremadura. España.



INTRODUCCIÓN	9
1. EVOLUCIÓN DEL SUICIDIO EN EXTREMADURA (2018-2022): CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO DESDE LA PUESTA EN MARCHA DEL I PLAN DE ACCIÓN	10
1.1 Suicidio	11
1.2 Ideación suicida	16
1.3 Planes de Acción en Extremadura	18
2. VALORACIÓN DEL II PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN EXTREMADURA	20
2.1 Metodología desarrollada	20
2.2 Análisis de datos	21
2.2.1. Valoración del II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura – Análisis DAFO.	21
2.2.2 Nivel de implementación del II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura.	22
2.2.3 Valoración del II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura – Resultados de la encuesta.	26
2.2.3.1 <i>Análisis descriptivo</i>	26
2.2.3.2 <i>Análisis cualitativo</i>	28
3. PROPUESTAS DE MEJORA	31
3.1 Sobre el diseño del propio Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura	31
3.2 Cuestiones que deben ser incluidas o reforzadas	32
3.3 Sobre el Código Suicidio 2.0	32
3.4 Otras cuestiones que se consideran oportunas	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos sobre suicidio en el periodo 2012-2022	13
Tabla 2. Variación interanual de suicidios por edades en Extremadura (2018-2022)	14
Tabla 3. Análisis DAFO	21
Tabla 4. Grado de implementación de acciones del II plan de prevención del suicidio	23

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Participación en la encuesta según dispositivos del SES	26
Gráfica 2. Resultados referentes al grado de conocimiento del Código Suicidio	27
Gráfica 3. Resultados referentes al grado de implementación del Código Suicidio	27
Gráfica 4. Resultados referentes al grado de formación sobre el Código Suicidio	28
Gráfica 5. Resultados referentes a la aportación de mejoras en el Código Suicidio	29
Gráfica 6. Resultados referentes a la consideración sobre el Código Suicidio	30

En junio de 2023, la **Subdirección del Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud (SSMPPA)**, gestionado a través de la **Fundación para la Formación e Investigación de los Profesionales de la Salud De Extremadura (FundeSalud)**, encargó a un equipo de trabajo de la Universidad de Extremadura (UEX) la realización de un estudio que valorara los planes de acción para la prevención y abordaje de las conductas suicidas en Extremadura, elaborados por la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud (SES). Dicho estudio debía incluir la recopilación y análisis de planes, informes y acciones en los que se marcan los objetivos referidos a la prevención y abordaje de conductas suicidas, tanto desde el punto de vista internacional (OMS), nacional (estrategias nacionales de salud mental) y regional (planes de salud mental y planes de acción para la prevención del suicidio), valorando la consecución de los objetivos y planteando, además, propuestas de mejora para futuras actuaciones en este sentido.

De esta forma, en coordinación con la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del SES, se constituyó un grupo de trabajo formado por profesores pertenecientes a diferentes áreas de conocimiento y grupos de investigación de la UEX y coordinado por los profesores Víctor López Ramos y Rocío Yuste Tosina.

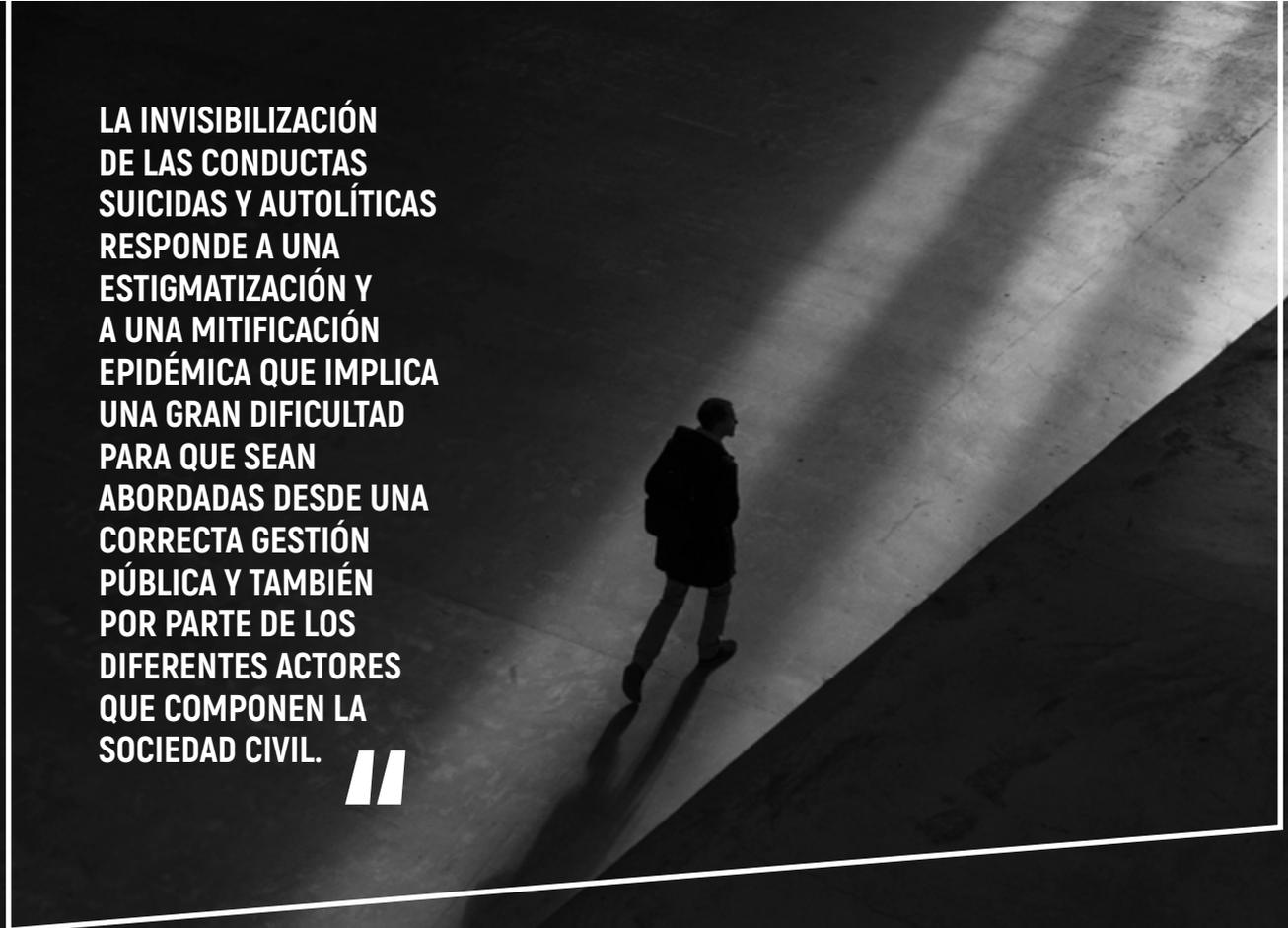
En septiembre de 2018 se puso en marcha el primer plan específico para la prevención de conductas suicidas en Extremadura, cuyo objetivo fundamental era optimizar la capacidad de abordaje de este tipo de conductas por parte del Servicio Extremeño de Salud. Casi cuatro años después, en abril de 2022, se presentó en Mérida el **II Plan de acción para la prevención y abordaje de las conductas suicidas en Extremadura**, que se planteó una serie de objetivos para afianzar los logros conseguidos por el plan precedente y, sobre todo, para ampliar las iniciativas y la difusión de acciones concretas, por parte del SES, en un marco comunitario de actuación. Al inicio del documento de este II Plan se recoge una exhaustiva evaluación llevada a cabo del I Plan de acción, en la que se destaca el alto grado de cumplimiento de los objetivos y acciones planteadas.

El presente trabajo aborda, por tanto, el desarrollo y grado de cumplimiento que ha tenido hasta la fecha el II plan de acción, valorando el conjunto del mismo en relación con la respuesta del Sistema Sanitario Público de Extremadura a los comportamientos suicidas en la región y planteando una serie de propuestas encaminadas a la consolidación y mejora de dichas respuestas ante la gravedad que supone este problema social para las políticas de salud pública. Uno de los ejes centrales de II Plan, que se especifica en la **Acción 3 del Objetivo 4**, es la revisión de la primera edición del **Código Suicidio**, para convertirlo en un instrumento de consulta diaria y formación permanente en la prevención del suicidio en Extremadura. Este objetivo se ve cumplido con la publicación en 2022 del Código Suicidio, por lo que la valoración sobre su desarrollo e implementación ha sido objetivo prioritario de este trabajo.

1. EVOLUCIÓN DEL SUICIDIO EN EXTREMADURA (2018-2022): CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO DESDE LA PUESTA EN MARCHA DEL I PLAN DE ACCIÓN

Abordar un comportamiento suicida implica reconocer, identificar y distinguir el conjunto de acciones que se generan y expresan desde tres dimensiones fundamentales de la personalidad humana: emocional (sufrimiento psicológico o vital), cognitiva (elaboración del pensamiento o ideación) y conductual (acción, actuación o ejecución). Además, el origen multicausal de este tipo de comportamiento debe llevarnos a plantear actuaciones que, sin perder de vista los posibles problemas y/o patologías relacionadas con la salud mental de las personas implicadas, aglutinen recursos y sinergias que ofrezcan respuestas igualmente multi e interdisciplinares. En este sentido, muchos de los actuales modelos sociales de convivencia y comunicación, junto a factores de índole psicológico, culturales, socioeconómicos o de gestión emocional, entre otros, confluyen, en un momento y en una situación determinada, para conducir a una persona a algún tipo de comportamiento suicida.

De acuerdo con la OMS (2014), afortunadamente, el conocimiento acerca del comportamiento suicida ha aumentado considerablemente en los últimos años. Se ha demostrado la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de este tipo de comportamiento. Mientras, la epidemiología



**LA INVISIBILIZACIÓN
DE LAS CONDUCTAS
SUICIDAS Y AUTOLÍTICAS
RESPONDE A UNA
ESTIGMATIZACIÓN Y
A UNA MITIFICACIÓN
EPIDÉMICA QUE IMPLICA
UNA GRAN DIFICULTAD
PARA QUE SEAN
ABORDADAS DESDE UNA
CORRECTA GESTIÓN
PÚBLICA Y TAMBIÉN
POR PARTE DE LOS
DIFERENTES ACTORES
QUE COMPONEN LA
SOCIEDAD CIVIL.**



ha ayudado a identificar muchos factores de riesgo y protección frente a las conductas suicidas, tanto en población general como en colectivos vulnerables. Al mismo tiempo, son cada vez más los estados que cuentan con estrategias nacionales de prevención del suicidio, en una decida actuación de sus sistemas públicos de salud basada, entre otros apoyos, en la investigación y en la participación de agentes sociales, tanto especializados como no especializados.

En el caso de nuestra comunidad autónoma, y de acuerdo con el análisis llevado a cabo para la elaboración del presente estudio, nos parece oportuno aportar una serie de precisiones, antes de plantear los resultados concretos de la evaluación realizada. En primer lugar, hablar de suicidio y valorar las actuaciones en materia de prevención, no puede ceñirse exclusivamente a las cifras sobre suicidios consumados, sino que este problema de salud pública debe entenderse bajo un prisma mucho más amplio y complejo que el de la mera aportación estadística, siendo esta necesaria para comprender la magnitud del fenómeno; en segundo lugar, cualquier iniciativa que pretenda la prevención y concienciación ha de entender que, salvo en los casos de la concurrencia de determinados problemas y trastornos mentales, el foco principal de la intervención debe sustentarse en una actuación fundamentalmente comunitaria en la que es necesaria la implicación de agentes sociales, instituciones y colectivos; por último, la propia OMS (2014) reconoce la existencia de indicios de que, por cada adulto que se suicida, probablemente se den más de 20 o 25 intentos de suicidio, lo que otorga una importancia fundamental a las expresiones de ideación suicida que pueden manifestarse, tanto en el entorno de atención sanitaria o sociosanitaria, como en contextos escolares o académicos, en el ámbito familiar o en otros ámbitos de convivencia.

Es por ello que se exponen, a continuación, algunas consideraciones sobre la evolución del suicidio en nuestra región durante los últimos años y sobre la relevancia de la ideación suicida como elemento contextualizador de estos comportamientos.

1.1 Suicidio

Parece evidente que la invisibilización de las conductas suicidas y autolíticas responde a una estigmatización y a una mitificación epidémica que implica una gran dificultad para que sean abordadas desde una correcta gestión pública y también por parte de los diferentes actores que componen la sociedad civil, ya sean individual o colectivamente (Castillo, 2022). La consideración del suicidio como un problema de salud pública tiene implicaciones que van más allá de la conformación de un sistema de protocolos o algoritmos que traten de prevenir y de paliar las graves y complejas consecuencias, individuales y colectivas, que genera. Conocer y debatir acerca de las cifras de suicidios ocurridos en una sociedad es importante no solo como información estadística relevante, sino como información que nos permita analizar las características y repercusiones de este fenómeno, tal como lo expresan Giner y Guija (2014), "para poder prevenir el suicidio es necesario conocer su magnitud". Sin embargo, todavía en la actualidad es relativamente complicado contar con una base fiable de datos sobre suicidios en nuestro país; de hecho, la propia OMS (2014) reconoce que el registro de los suicidios es un procedimiento complicado que implica a autoridades diferentes y que, dada su repercusión emocional y afectiva, e incluso moral, se dé, en muchos casos, una importante subnotificación. Efectivamente, en considerables ocasiones, confluyen determinados factores que hacen que las estadísticas

oficiales muestren un número de suicidios y tasas inferiores a las que realmente se originan (Blanco, 2020). La amplia literatura científica con la podemos contar al respecto conviene en cuatro factores que favorecen esta situación (Farmer, 1988; Pérez, 2011; Guija *et al.*, 2012; Blanco, 2020; Navarro, 2020):

- La propia **definición del término suicidio**, que genera un abordaje conceptual complejo, sujeto a definiciones y matices que aún siguen provocando un amplio debate a la hora de concretar la intención o la actuación directa para quitarse la vida o para llevar a cabo conductas, deliberadas o no, que puedan suponer el fin de la vida.
- La dificultad para determinar la **intencionalidad** de la persona, que puede llegar a generar grandes dudas a la hora de identificar correctamente la conducta llevada a cabo.
- La influencia y condicionamiento del **contexto sociocultural**, cuya expresión más notoria es la estigmatización, asociada a cualquier tipo de conducta suicida o autolítica y que suele extenderse no solo sobre la persona implicada, sino sobre su círculo más cercano e íntimo, fundamentalmente el familiar; o incluso también sobre determinados colectivos vulnerables, que pueden verse señalados como elementos de riesgo de estas conductas.
- El **procedimiento institucional** que se sigue hasta que son reflejados oficialmente los casos y tasas de suicidio es complejo y tiende a presentar dificultades para la obtención de registros exactos, fundamentalmente por el excesivo número de actores que intervienen en el proceso de certificación muertes violentas o que presentan dudas en cuanto a la naturaleza de su ocurrencia. En este sentido, es destacable el estudio de Giner y Guija (2014) sobre los datos de suicidios ocurridos en España en el periodo 2006-2010, que reveló unas diferencias de hasta un 10% superior, cada año, por parte de los registros de los Institutos de Medicina Legal (IML), frente a las cifras registradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), alertando de que la posibilidad de errores para obtener datos exactos, o lo más correctos posibles, se ve incrementada cuanto "...más larga sea la cadena de recogida de información..." (Giner y Guija, 2014, p. 145).

Es conveniente recordar en este punto que la información estadística oficial sobre suicidios en España es aportada por el INE, de acuerdo con sus registros de fallecimientos anuales según causa. De acuerdo con esto, para la elaboración del presente estudio se han tomado datos correspondientes al periodo 2012-2022, como una referencia temporal más cercana a la puesta en marcha, por parte de la Junta de Extremadura, de los dos planes de acción para la prevención de las conductas suicidas en nuestra comunidad autónoma (años

2018 y 2022).

De esta forma, en la Tabla 1 se recogen las cifras totales de suicidios que han tenido lugar en España durante el periodo indicado, con la incidencia específica –casos y tasas– que se ha dado en la región extremeña, aportándose una desagregación por sexo, así como el número de casos ocurridos entre personas jóvenes –15 a 29 años–. Al igual que ocurre en el contexto nacional, y en consonancia con los datos del resto de comunidades autónomas, las cifras de suicidios entre los hombres supone un porcentaje abrumadoramente superior al de las mujeres, con un porcentaje que rara vez desciende del 80% de los casos totales; en cuanto a la ocurrencia entre jóvenes, los datos muestran una progresión cambiante que ha oscilado entre el año 2012 y 2020, con una alta incidencia en ambos años por dos motivos ampliamente estudiados; por un lado, 2012 fue el año en el que se sufrieron las consecuencias sociales más agudizadas de la crisis económica del 2009 (sobre todo para las personas jóvenes), por otro, en 2020 se vivieron los momentos más duros como consecuencia de la pandemia por covid-19 –siendo significativo que, ambos casos, los 9 suicidios ocurridos correspondan, prácticamente, solo a hombres–; sin embargo, en los dos últimos años (a la espera de las cifras del presente año 2023) se han dado las cifras más bajas del decenio analizado, con una disminución muy importante respecto del año 2020. En la misma tabla puede observarse también la variación porcentual interanual (aumento o disminución) ocurrida en las cifras totales de suicidios ocurridas en la región.

Tabla 1. Datos sobre suicidio en el periodo 2012-2022.

Año	España	Extremadura				
		Casos	Tasa	H	M	15 – 29 años (H/M)
2012	3.539	76	6,53	66	10	9 (8/1)
2013	3.870	74 (-3%)	6,70	60	14	7 (4/3)
2014	3.910	63 (-15%)	5,73	51	12	6 (4/2)
2015	3.602	59 (-7%)	5,31	49	10	6 (5/1)
2016	3.569	82 (+38%)	7,54	66	16	7 (7/0)
2017	3.679	77 (-7%)	6,60	61	16	6 (4/2)
2018	3.539	70 (-10%)	6,56	58	12	5 (4/1)
2019	3.671	79 (+13%)	7,43	68	11	7 (6/1)
2020	3.941	92 (+16%)	8,68	79	13	9 (9/0)
2021	4.003	81 (-12%)	7,67	63	18	3 (1/2)
2022	4.097	91 (+11%)	-	73	18	3 (2/1)

Fuente: elaboración propia a partir de los datos obtenidos por el INE.

En **2018**, el año en el que se puso en marcha el primer plan de prevención de las conductas suicidas en Extremadura, la tasa de suicidio en nuestra comunidad autónoma (por 100.000 habitantes) fue del 6,56, siendo la media nacional de un 7,57, y ocupando

la posición número 11 entre el conjunto de comunidades y ciudades autónomas por tasa de suicidio. En **2019**, la tasa aumentó hasta un 7,43 –siendo la tasa nacional de un 7,79– y la región se mantuvo en el mismo puesto (11º) en el listado de comunidades y ciudades autónomas.

En **2020**, año de mayor incidencia de la pandemia por covid-19 y en el que tuvo lugar el periodo de gran confinamiento de la población, los suicidios aumentaron en Extremadura un 16% respecto al año anterior, siendo la 5ª comunidad autónoma en la que más se incrementó esta variación. La región alcanzó ese año una tasa de suicidio del 8,68, superando la media nacional (7,32), y se situó como la 9ª región en el conjunto de comunidades y ciudades autónomas. Estas cifras descendieron notablemente en **2021** (hasta un 12% menos de suicidios), con una tasa del 7,67, nuevamente por debajo de la media nacional (8,45) y se ocupó el puesto 11 entre las comunidades y ciudades autónomas. En cuanto al año **2022**, a fecha de la elaboración del presente estudio, el INE aún no ha publicado los datos definitivos sobre las tasas de suicidio en España y solo podemos presentar, como apunte significativo, el notable aumento de casos ocurridos, si se comparan los datos con el año 2021.

Tabla 2. Variación interanual de suicidios por edades en Extremadura (2018-2022).

	2018	2019	Variación	
Todas edades	70	79		+ 12,8%
- 15 años	0	0	-	-
15 - 29	5	7		+ 4%
30 - 39	7	12		+ 7,1%
40 - 44	5	6		+ 2%
45 - 49	8	5	- 3,7%	
50 - 54	7	12		+ 7,1%
55 - 59	8	9		+ 1,1%
60 - 64	4	6		+ 5%
65 - 69	5	3	- 4%	
70 - 74	7	6	- 1,4%	
75 - 79	3	6		+ 2%
80 - 84	7	2	- 7,1%	
85 - 89	3	3		
90 - 94	1	1	-	-
+ 95	0	1		+ 1%

	2020	2021	Variación	
Todas edades	92	81	- 12%	
- 15 años	0	0	-	-
15 - 29	9	3	- 6,6%	
30 - 39	8	8	-	-
40 - 44	5	10		+ 10%
45 - 49	11	5	- 5,4%	
50 - 54	9	14		+ 5,5%
55 - 59	7	8		+ 1,4%
60 - 64	5	9		+ 8%
65 - 69	4	5		+ 2,5%
70 - 74	12	5	- 6%	
75 - 79	7	4	- 4,2%	
80 - 84	5	2	- 6%	
85 - 89	8	5	- 3,7%	
90 - 94	2	3		+ 0,5%
+ 95	0	0	-	-

	2019	2020	Variación	
Todas edades	79	92		+ 16,4%
- 15 años	0	0	-	-
15 - 29	7	9		+ 2,8%
30 - 39	12	8	- 6,6%	
40 - 44	6	5	- 1,6%	
45 - 49	5	11		+ 12%
50 - 54	12	9	- 2,5%	
55 - 59	9	7	- 2,2%	
60 - 64	6	5	- 1,6%	
65 - 69	3	4		+ 1,6%
70 - 74	6	12		+ 10%
75 - 79	6	7	- 1,6%	
80 - 84	2	5		+ 1,5%
85 - 89	3	8		+ 16%
90 - 94	1	2		+ 1%
+ 95	1	0	- 1%	

	2021	2022	Variación	
Todas edades	81	91		+ 11,2
- 15 años	0	0	-	-
15 - 29	3	3	-	-
30 - 39	8	9		+ 2%
40 - 44	10	9	- 1%	
45 - 49	5	12		+ 14%
50 - 54	14	6	- 5,7%	
55 - 59	8	6	- 2,5%	
60 - 64	9	10		+ 1,1%
65 - 69	5	12		+ 14%
70 - 74	5	6		+ 2%
75 - 79	4	7		+ 7,5%
80 - 84	2	5		+ 1,5%
85 - 89	5	4	- 2%	
90 - 94	3	2	- 3%	
+ 95	0	0	-	-

Fuente: elaboración propia a partir de datos de INE

EN 2020, AÑO EN EL QUE TUVO LUGAR EL PERIODO DE GRAN CONFINAMIENTO DE LA POBLACIÓN, LOS SUICIDIOS AUMENTARON EN EXTREMADURA UN 16% RESPECTO AL AÑO ANTERIOR, SIENDO LA QUINTA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN LA QUE MÁS SE INCREMENTÓ.

1.2 Ideación suicida

Las cifras y datos sobre la concurrencia de suicidios en el mundo, y en España, nos sitúan en un escenario de honda preocupación social que los poderes e instituciones públicas están intentando abordar a través de iniciativas y actuaciones dirigidas, fundamentalmente, a la investigación, análisis y prevención de las conductas que llevan a una persona a quitarse la vida (Goñi, 2017). Estas cifras pueden consultarse en bases de datos y fuentes que se encuentran, cada vez en mayor medida, a disposición pública y que no se incluyen en el presente informe para no saturar de información al lector.

Un acto suicida ha de ser visto también como la culminación –irreparablemente mortal– de un proceso de sufrimiento psicológico, personal y subjetivo, en el que la ideación sobre “quitarse la vida” ha estado presente en mayor o menor medida a la largo de un periodo determinado de tiempo. De acuerdo con la OMS (2014), se entiende por “comportamiento suicida” la diversidad de comportamientos que incluyen **pensar en el suicidio (o ideación suicida)**, planificarlo, intentarlo y cometerlo. Aunque, como también expresa la OMS, incluir la ideación en el marco de esta definición es una decisión compleja que ha supuesto un debate científico y académico significativo.

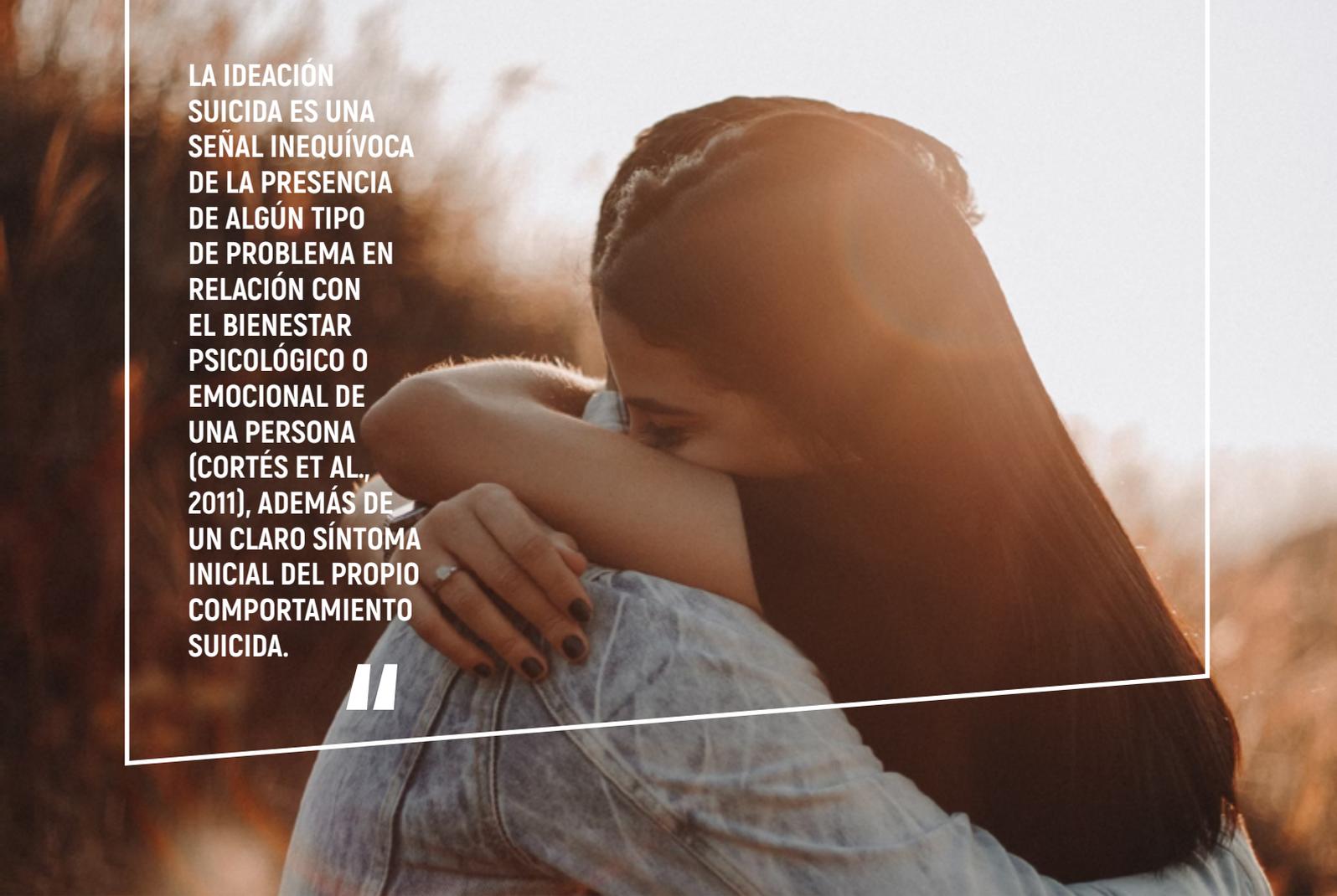
La ideación suicida es una señal inequívoca de la presencia de algún tipo de problema en relación con el bienestar psicológico o emocional de una persona (Cortés *et al.*, 2011), además de un claro síntoma inicial del propio comportamiento suicida. Sin embargo, se trata de una elaboración cognitiva muy difícil de conocer o determinar si no es a través de la autnotificación que realice el propio sujeto, ya sea mediante instrumentos de evaluación (cuestionarios, entrevistas, etc.) o mediante la comunicación (expresa o velada) a otras personas. En este sentido, y continuando con los planteamientos de la OMS, la voluntad de informar sobre ideas suicidas puede variar según las características y circunstancias de la persona, como son la edad, el sexo o el género con el que se identifica, el nivel socio-económico, las creencias religiosas, el grupo o colectivo al que pertenece, la situación de vulnerabilidad social y/o emocional en la que se encuentra, el miedo a posibles reacciones en su entorno, la vergüenza y otros factores.

Por otro lado, para poder contar con un análisis certero sobre de la ideación suicida es importante tener en cuenta las circunstancias en las que se realiza esta autnotificación, distinguiéndose claramente dos tipos de **entornos**:

- Informal, referido, fundamentalmente, a los contextos familiar y de amistades.
- Formal, referido, fundamentalmente, a los ámbitos educativo y sanitario o sociosanitario.

También resulta necesario poder determinar la **consistencia** que adquiere el contenido que se transmite, tanto desde el punto de vista de la manifestación de la misma, que puede ser más o menos fugaz o fluctuante, como desde el punto de vista de la coherencia o solidez del mensaje y de los argumentos

Por último, para una intervención realmente preventiva, es igualmente necesario conocer y comprender las claves que sostienen el **relato** efectuado por la persona, a partir de una contextualización precisa de su situación personal.



LA IDEACIÓN SUICIDA ES UNA SEÑAL INEQUÍVOCA DE LA PRESENCIA DE ALGÚN TIPO DE PROBLEMA EN RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO O EMOCIONAL DE UNA PERSONA (CORTÉS ET AL., 2011), ADEMÁS DE UN CLARO SÍNTOMA INICIAL DEL PROPIO COMPORTAMIENTO SUICIDA.



De esta manera, podemos hablar de ideación suicida cuando la persona elabora y procesa cognitivamente pensamientos que tienen que ver, entre otras motivos, con un malestar y sufrimiento significativos con su vida en general o con aspectos especialmente angustiosos de esta, la dificultad para percibir soluciones a sus problemas, el deseo de morir como una huida rápida ante su sensación de desolación, la planificación del acto suicida, la rumiación autodestructiva, la elección imaginada del medio que emplearía, etc. No obstante, la ideación suicida es un fenómeno complejo en el que intervienen factores subjetivos, familiares, de interacción social, de convivencia escolar, de autoestima, de gestión emocional o de crianza y educación, entre otros.

La importancia que tiene para los profesionales de atención sanitaria o psicología reconocer y comprender todos los elementos que se han expuesto anteriormente radica en la posibilidad que esto les ofrece para conformar respuestas adecuadas que minimicen las variables más conflictivas que la persona gestiona en un momento determinado (Blanco, 2020). Tanto la planificación de acciones preventivas de carácter colectivo (como pueden ser actividades en centros escolares, asociaciones, grupos de profesionales, etc.), como la intervención individualizada, debe basarse en el mayor conocimiento posible sobre la realidad cotidiana, costumbres, problemas o formas de relacionarse de las personas, o persona, con las que se trate (Muñoz y García, 2019). Atendiendo a la multiplicidad y complejidad de los factores y contextos relacionados, en términos generales, no puede plantearse hoy un abordaje eficaz de los comportamientos o ideaciones suicidas si no se actúa en cuatro niveles claramente determinados, el propio sujeto (sobre todo en edades adultas), la familia, el entorno escolar y el ámbito sanitario y sociosanitario.



EL II PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN EXTREMADURA (SES, 2022) CONSIDERA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO UNA PRIORIDAD ABSOLUTA PARA EL SISTEMA REGIONAL DE SALUD.

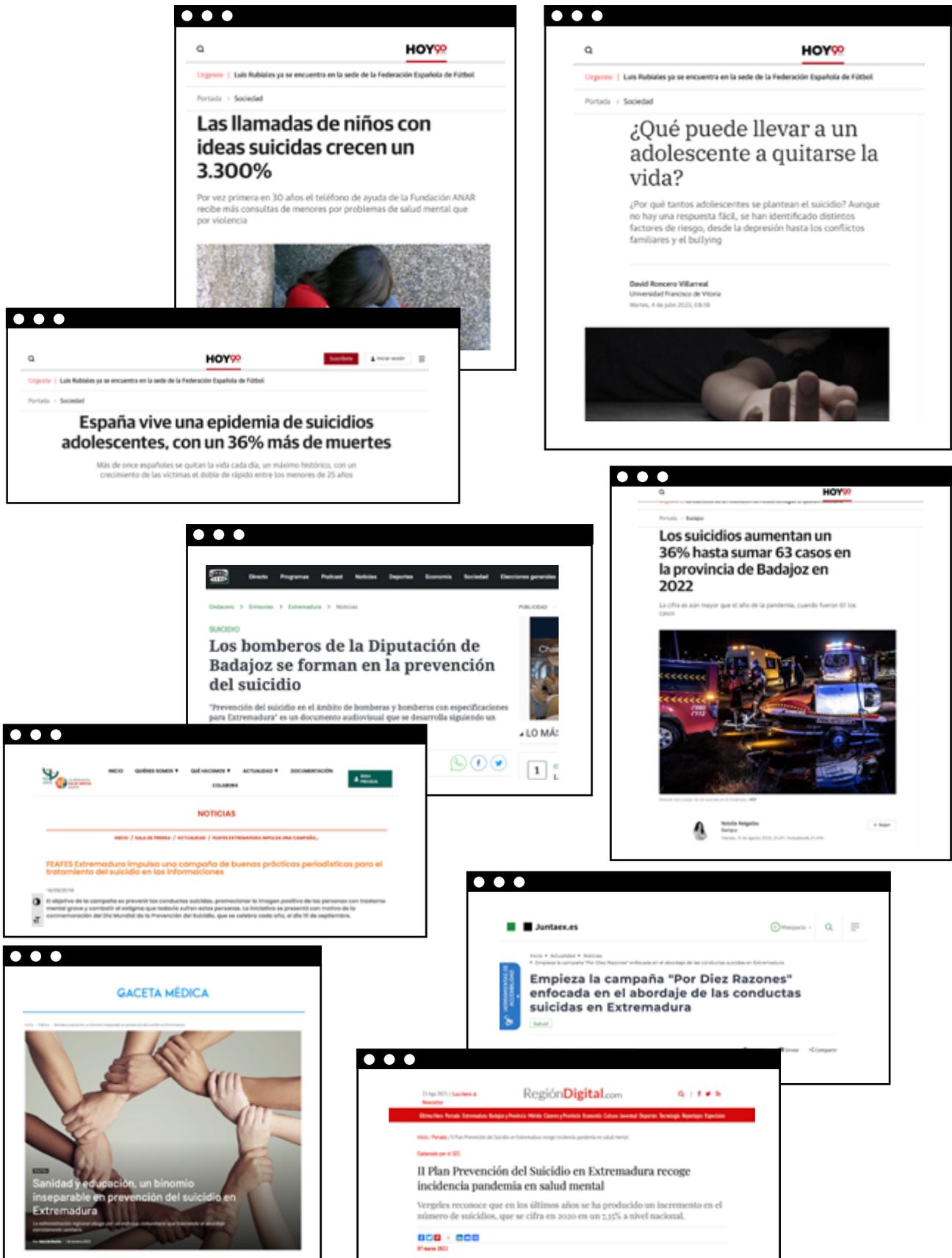
1.3 Planes de acción en Extremadura

Teniendo en cuenta las consideraciones planteadas en cuanto al suicidio y la ideación suicida, y entendiendo este fenómeno como un grave problema de salud pública, exponencialmente creciente, la OMS ha venido efectuado numerosas y reiteradas interpelaciones para que, en todos los niveles administrativos de los diferentes países, se planteen estrategias públicas integrales a nivel universal (poblaciones), selectivo (subpoblaciones) e indicado (individuos) (Castillo, 2022). En España existe, en términos generales y a día de hoy, una insuficiente actuación y coordinación entre las medidas que se han venido estableciendo en los últimos años, y así se refleja en las peticiones y solicitudes para la expresión de una estrategia o ley de ámbito estatal por parte de profesionales de la salud y de colectivos afectados (Pérez, 2011; Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012; Anseán, 2014; Bobes y Sáiz, 2014; Goñi y Zandio, 2017; Blanco, 2020; Grupo de Trabajo de Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012, 2020, en Castillo, 2022).

El I Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura (SES, 2018) pretendía iniciar una respuesta, en la Comunidad Autónoma de Extremadura, a todos estos llamamientos, institucionales y profesionales, que se venían haciendo ante la realidad de un fenómeno que tiene unas graves repercusiones y consecuencias sociales.

El II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura (SES, 2022) considera la prevención del suicidio una prioridad absoluta para el sistema regional de salud y trata de afianzar los logros obtenidos con el I plan,

además de promover una herramienta de intervención preventiva entre los profesionales (el Código Suicidio) y de impulsar la colaboración inter-institucional y la participación de colectivos y afectados en iniciativas que traten de paliar los efectos perjudiciales de los comportamientos suicidas, previniendo su ocurrencia lo máximo posible.



2. VALORACIÓN DEL II PLAN DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS EN EXTREMADURA

2.1 Metodología desarrollada

Como se ha indicado en apartados anteriores, este trabajo tiene por objeto, fundamentalmente, **valorar** el II Plan de Acción para la prevención y abordaje de la conducta suicida en Extremadura y **su nivel de implementación** desde su puesta en marcha hasta la actualidad, por parte de la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud (en adelante, **SSMPPAA**)

Para la valoración del Plan se ha planteado un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), tomando como punto de partida las recomendaciones propuestas por Castillo (2022), que plantea 12 cuestiones sobre el diseño y evaluación de una política de contención del suicidio en un territorio determinado:

1. ¿Identifica *stakeholders*?
2. ¿Analiza situación de partida?
3. ¿Identifica barreras u obstáculos?
4. ¿Reconoce grupos de riesgo?
5. ¿Asigna recursos públicos?
6. ¿Interpela al estigma?
7. ¿Tiene un plan de medios?
8. ¿Plantea objetivos SMART –*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bond*–?
9. ¿Formula diferentes líneas de intervención?
10. ¿Plantea mejoras sobre el registro?
11. ¿Sugiere mejoras sobre la investigación?
12. ¿Establece mecanismos de evaluación y seguimiento?

Para medir el **nivel de implementación** se emplearon dos estrategias de recogida de datos, por un lado, el análisis documental de la información aportada por la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud (en adelante **Información–SSMPPAA**); por otro, se elaboró y difundió una encuesta online, creada *ad hoc*, para valorar el grado de conocimiento, implementación y formación acerca del Código Suicidio 2.0 y poder detectar, así, posibles núcleos de mejora. La encuesta está disponible en <https://forms.gle/enR6erVqt6Ty6x3E9>.

2.2 Análisis de datos

2.2.1. Valoración del II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura – Análisis DAFO.

En la Tabla 3 se pueden comprobar los resultados obtenidos a partir del análisis DAFO. Consideramos relevante poner en valor el esfuerzo realizado durante el periodo de desarrollo del plan –en general, desde la puesta en marcha del I plan– en el desarrollo de campañas para la promoción de la salud mental, especialmente en lo referente a la lucha contra la estigmatización y por la prevención de las conductas suicidas, trabajando de este modo, la sensibilización y concienciación individual y ciudadana en este ámbito.

Tabla 3. Análisis DAFO

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none">• Redacción del plan: no se incluyen indicadores ni acciones concretas.• Falta de estrategia sistemática de recogida de evidencias del plan.• Falta de estrategias de seguimiento y evaluación del plan.• Falta de estrategias de evaluación de los agentes implicados.• No se identifican los stakeholders (personas y/o organizaciones con capacidad de influir en la prevención del suicidio).• No se reconocen los grupos de riesgo.• No se identifica la asignación de recursos para la implementación del Plan.• Valoración del plan tras un periodo corto de puesta en marcha del mismo.	<ul style="list-style-type: none">• Valoración del I Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de la Conducta Suicida en Extremadura.• Impacto de la imagen corporativa.• Diseño y contenido de la página web.• Contenido y variedad de recursos formativos.• Contenido y variedad de campañas de sensibilización.• Actualización continua del Código Suicidio.• Equipo de trabajo comprometido y consolidado por parte de la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales• Transversalidad del plan en relación con los diferentes agentes sociales.• Explicitación de la necesidad de un compromiso y respaldo institucional.
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none">• Posibles cambios en las políticas públicas (cambios de gestores políticos y técnicos) y/o de los equipos de trabajo.• Necesidad de recursos humanos.• Presión asistencial en el sistema de salud.• Estigmatización social inherente al suicidio y a las conductas suicidas.	<ul style="list-style-type: none">• Cambio de paradigma en el abordaje de las conductas suicidas.• Participación y empleo de los medios y canales de comunicación social actuales.• Sensibilización social creciente ante la necesidad de combatir las altas tasas de suicidios.• Acciones multidisciplinares y actuaciones inter-institucionales.• Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026.

Fuente: elaboración propia.

2.2.2 Nivel de implementación del II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura.

Para exponer los resultados sobre el nivel de implementación del II plan se ha elaborado un documento con una serie de apartados que se consideran fundamentales para entender y valorar dicha implementación, a partir de los objetivos y acciones que se plantea el plan y de la literatura consultada. Estos apartados son:

- Objetivos del plan.
- Acciones planteadas para cada objetivo.
- Nivel de consecución de cada acción. Para ello, se ha utilizado una escala con una valoración de 1 a 5, siendo 1 el nivel más bajo de consecución y 5 el más alto.
- Referencia al instrumento que se ha empleado realizar la valoración acerca del nivel de consecución.

En la Tabla 4 se muestran los resultados de este análisis.

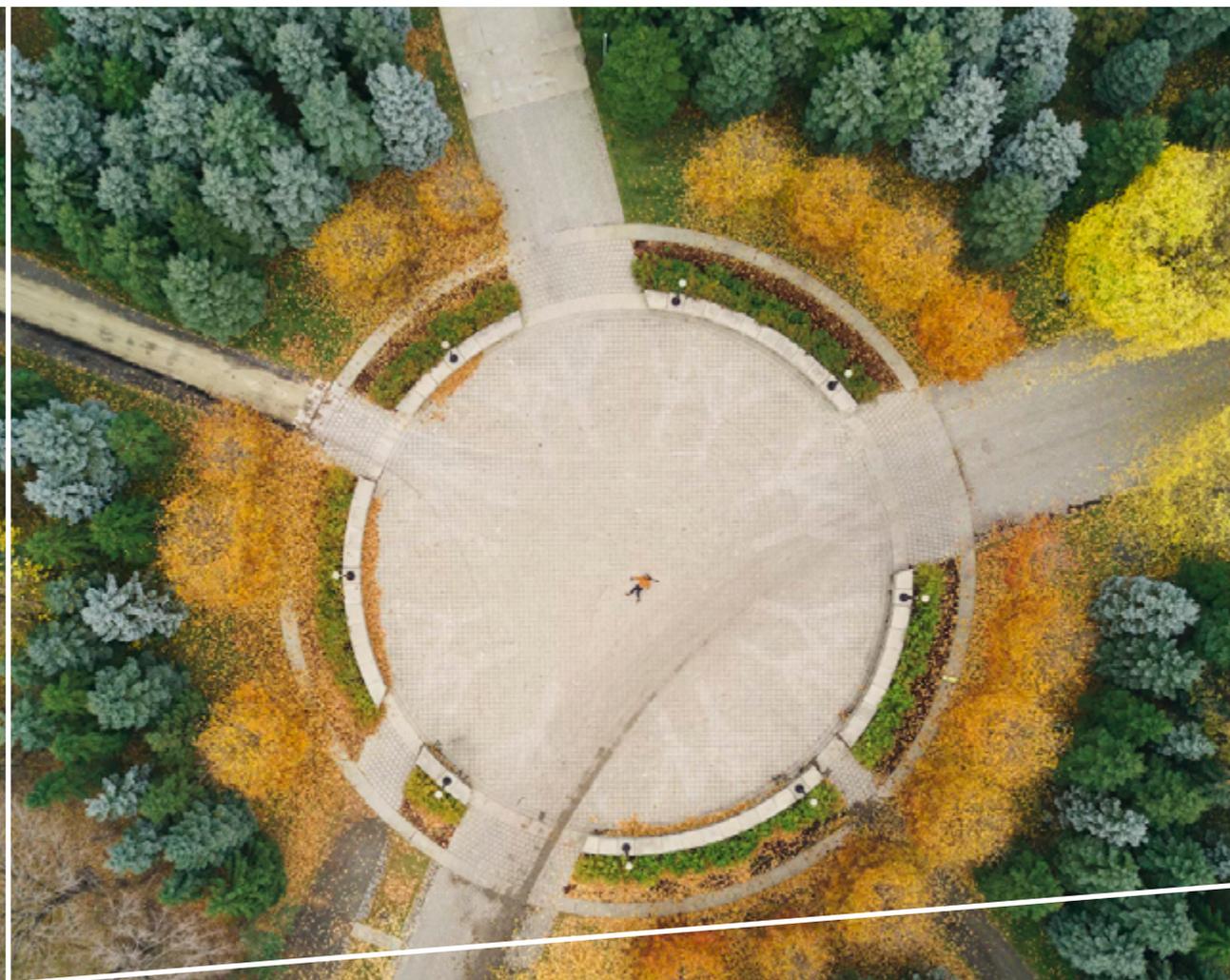


Tabla 4. Grado de implementación de acciones del II plan de prevención del suicidio.

OBJETIVO	ACCIÓN	NIVEL DE CONSECUCCIÓN					INSTRUMENTO DE ANÁLISIS
		1	2	3	4	5	
							
1. Difundir e implementar el código suicidio entre profesionales de Salud Mental.	Acción 1: Difusión e implementación del Código Suicidio entre profesionales de Trabajo Social sanitario mediante acciones telemáticas.						Encuesta elaborada <i>ad hoc</i> para evaluación: https://forms.gle/enR6erVqt6Ty6x3E9
	Acción 2: Difusión e implementación del Código Suicidio entre profesionales de Enfermería especialistas en salud mental mediante acciones telemáticas.						
	Acción 3: Difusión e implementación del Código Suicidio entre profesionales de Psicología clínica mediante acciones telemáticas.						
	Acción 4: Difusión e implementación del Código Suicidio entre profesionales de Psiquiatría mediante acciones telemáticas.						
2. Difundir el código suicidio entre profesionales de Atención Primaria.	Acción 1: Difusión e implementación del Código Suicidio entre profesionales de Atención Primaria mediante acciones telemáticas (Medicina de Familia, Enfermería de Atención Primaria, Matronas y Trabajo Social).						Listado de cursos aportado en la Información-SSMPPAA.
3. Incluir la formación en evaluación y gestión del riesgo suicida en la Formación Sanitaria Especializada.	Acción 1: Inclusión de la formación en evaluación y gestión del riesgo suicida en la Formación Sanitaria Especializada de Salud Mental que se imparte en el Servicio Extremeño de Salud						Listado de cursos aportado en la Información-SSMPPAA.
	Acción 2: Inclusión de la formación en evaluación y gestión del riesgo suicida en la Formación Sanitaria Especializada en Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria que se imparte en el Servicio Extremeño de Salud						Listado de cursos aportado en la Información-SSMPPAA.
4. Evaluar la implementación del Código Suicidio y proponer mejoras.	Acción 1: Valoración del grado de implementación del Código Suicidio mediante acciones telemáticas con profesionales de Salud Mental.						No se tiene constancia de valoración por parte de la SSMPPAA.
	Acción 2: Redacción del anexo de valoración y abordaje enfermero en el Código Suicidio.						Código Suicidio 2.0. Apartado 10.5.2.5 Valoración y abordaje enfermero del riesgo suicida
	Acción 3: Actualización el Código Suicidio.						Código Suicidio 2.0 y Evaluación de la Conducta Suicida en la web: https://prevenciondel-suicidio.info/evaluacion-de-la-conducta-suicida/
5. Redacción, difusión e implementación del protocolo de prevención de la conducta suicida en las unidades hospitalarias de atención a la salud mental.	Acción 1: Redactar el protocolo de prevención de la conducta suicida en las unidades hospitalarias de atención a la Salud Mental.						Redactado en borrador aportado en Información-SSMPPAA.
	Acción 2: Difundir el protocolo de prevención de la conducta suicida en las unidades hospitalarias de atención a la Salud Mental.						No se ha difundido, aunque sí se ha enviado a la Unidad de Hospitalización Breve de la Infancia y la Niñez
	Acción 3: Implementar el protocolo de prevención de la conducta suicida en las unidades hospitalarias de atención a la Salud Mental.						No implementado

OBJETIVO	ACCIÓN	NIVEL DE CONSECUCCIÓN					INSTRUMENTO DE ANÁLISIS
		1	2	3	4	5	
6. Mejorar la capacidad del sistema educativo en la prevención de las conductas suicidas.	Acción 1: Colaboración con el Servicio de Atención a la Diversidad y Programas Educativos para la elaboración de una Guía de actuación ante indicadores de conductas suicidas en el ámbito educativo.						Guía de acción tutorial para la promoción de la salud mental en el ámbito educativo.
	Acción 2: Colaboración en la formación del profesorado						No hay formación específica generalizada en ningún CPR, pero sí asistencia a jornadas y formación a dos centros educativos concretos, según la Información-SSMPPAA
7. Desarrollar la coordinación interinstitucional entre la SSMPPAA y el Instituto de la Juventud de Extremadura (IEx), con el fin de mejorar la capacidad de éste para prevenir conductas suicidas en el ámbito juvenil.	Acción 1: Colaboración con el IJEx para mejorar la promoción de la salud mental en los Institutos de Juventud locales, concejalías de juventud, espacios de la creación joven, asociaciones y puntos de información juvenil.						Listado de acciones aportado en la Información-SSMPPAA: cursos de formación, cursos de veranos, etc.
	Acción 2: Desarrollo, a través del IJEx, de las campañas de sensibilización y prevención de las conductas suicidas en jóvenes.						https://prevenciondelsuicidio.info/campanas-de-sensibilizacion/
8. Ampliar la formación en prevención del suicidio en el conjunto de los profesionales de la Red de Salud Mental de Extremadura, incidiendo en herramientas de valoración y gestión del riesgo de suicidio.	Acción 1: Realización de acciones formativas, en el marco de la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sanitaria, o fuera de ella, centradas en las competencias de valoración y gestión del riesgo de suicidio para profesionales de todos los dispositivos de la Red de Salud Mental de Extremadura.						Encuesta elaborada <i>ad hoc</i> para evaluación: https://forms.gle/enR6erVqt6Ty6x3E9
9. Desarrollar la coordinación interinstitucional con organismos municipales, apoyando y estimulando la elaboración de planes locales contra el suicidio.	Acción 1: Colaboración con el Ayuntamiento de Cáceres para la elaboración del Plan municipal de prevención del suicidio de la ciudad de Cáceres: Plan RedVive.						Plan localizado en las evidencias aportadas por la Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales Servicio Extremeño de Salud.
	Acción 2: Contacto con diferentes corporaciones municipales sobre las campañas mundiales de prevención del suicidio que se realizan en torno al 10 de septiembre, con el fin de estimular la realización de acciones de sensibilización y prevención a nivel local.						Evidencias aportadas en Información-SSMPPAA.
	Acción 3: Desarrollar la formación y entrenamiento adecuados a profesionales de diferentes ámbitos para que puedan actuar como <i>gatekeepers</i> (policía local, bomberos/as, profesionales de Servicios Sociales de Atención Social Básica).						https://prevenciondelsuicidio.info/recursos-formativos/
	Acción 4: Colaborar con los ayuntamientos de la Comunidad Autónoma de Extremadura en el desarrollo de mapas y callejeros de puntos calientes (hostspots), promoviendo intervenciones para la prevención del suicidio en esos puntos.						Inicio de colaboración con los Ayuntamientos de Badajoz y Cáceres sobre las campañas mundiales de prevención.

OBJETIVO	ACCIÓN	NIVEL DE CONSECUCCIÓN					INSTRUMENTO DE ANÁLISIS
		1	2	3	4	5	
10. Desarrollar la coordinación con la Dirección General de Servicios Sociales, Infancia y Familias con el fin de mejorar la capacidad del sistema de protección de menores en la prevención del suicidio.	Acción 1: Activación de la detección de necesidades y creación de instrumentos para la prevención del suicidio en el Sistema de Protección de Menores.						Se tiene constancia de la coordinación llevada a cabo, si bien, no se ha generado mecanismo de evaluación de la mejora de la capacidad del sistema de protección de menores de prevención del suicidio.
11. Desarrollar la coordinación interinstitucional con aquellos organismos y entidades relacionadas con la atención a personas mayores, para mejorar la prevención de las conductas suicidas en dicho ámbito.	Acción 1: Activación de la detección de necesidades y creación de instrumentos para la prevención del suicidio en las personas mayores.						Se tiene constancia de la coordinación, pero no se ha generado mecanismo de evaluación de la mejora de la prevención de las conductas.
12. Desarrollar la posvención e intervención con personas supervivientes del suicidio en el ámbito del Servicio Extremeño de Salud.	Acción 1: Activación de la detección de necesidades y creación de instrumentos para la posvención en suicidio en el ámbito del SES.						Solicitud al Ministerio de Sanidad del proyecto "EXTREMADURA ACOMPAÑA: definir la estrategia de posvención del suicidio en la Comunidad Autónoma de Extremadura".
	Acción 2: Implementación de la posvención en suicidio en el ámbito del SES.						Solicitud al Ministerio de Sanidad del proyecto "EXTREMADURA ACOMPAÑA: definir la estrategia de posvención del suicidio en la Comunidad Autónoma de Extremadura".

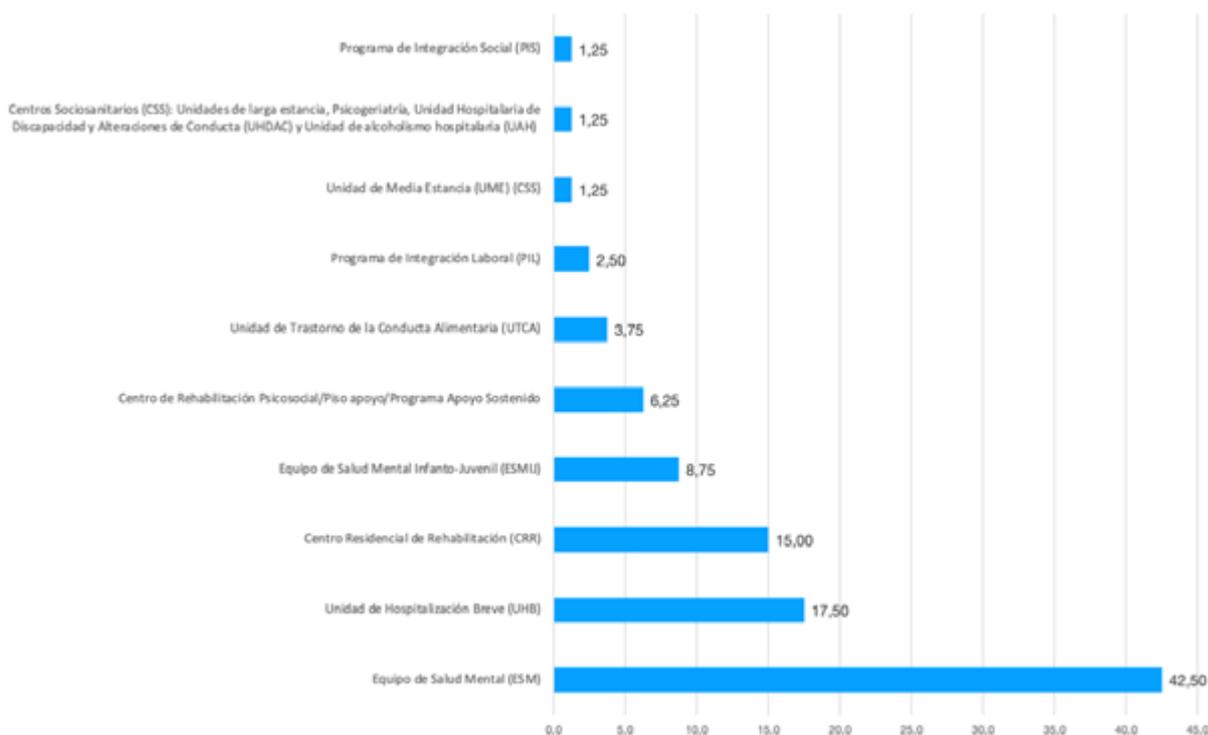
Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con la metodología diseñada para este estudio, la puntuación máxima del nivel de implementación del Plan sería de 130 puntos, por lo que, una vez realizada la valoración correspondiente el Plan obtiene **91 puntos**, que se corresponde con un nivel de implementación del **70%**. Consideramos que se trata de un dato significativamente positivo teniendo en cuenta el periodo de vigencia analizado, que alcanza los 16 meses en el momento de la evaluación.

2.2.3 Valoración del II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura – Resultados de la encuesta.

A fin de valorar el grado de conocimiento e implementación del Código Suicidio 2.0, además de la formación llevada a cabo sobre el mismo, y estimar también el cumplimiento de los Objetivos 1 y 8 del II plan de acción, se diseñó y elaboró una breve encuesta con cuatro preguntas cerradas y tres preguntas abiertas, que fue difundida entre los profesionales de la Red de Salud Mental de Extremadura. La difusión se realizó durante el mes de agosto de 2023 y respondieron a la misma un total de 80 personas.

Gráfica 1. Participación en la encuesta según dispositivos del SES



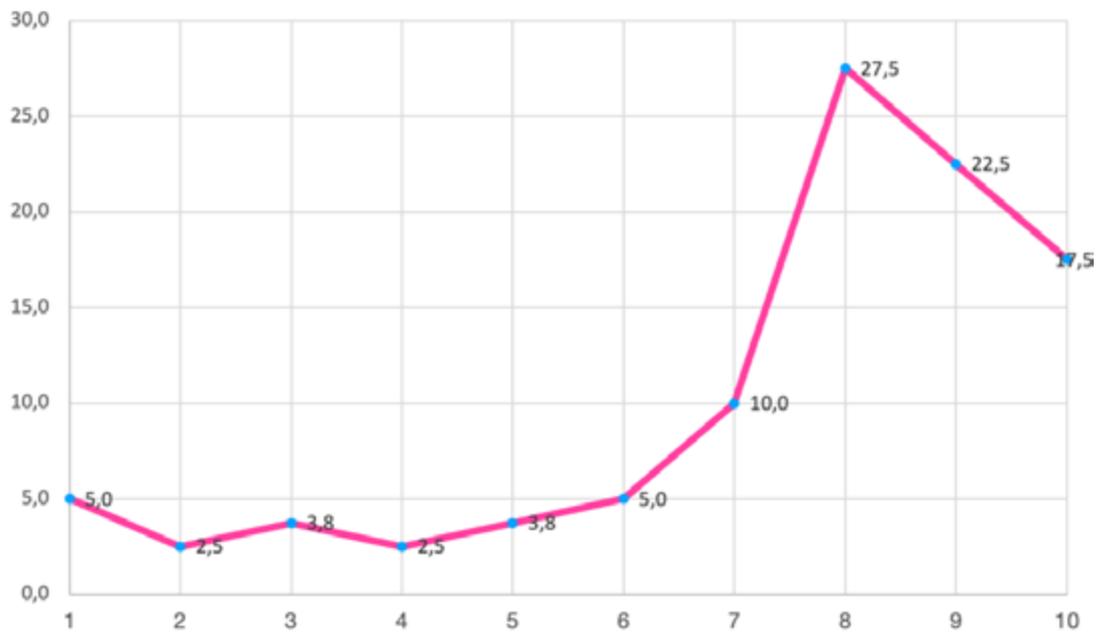
Fuente: elaboración propia.

Como puede observarse en la Gráfica 1 el porcentaje mayoritario de respuestas (un 42,5%) corresponde a trabajadores de los equipos de Salud Mental (ESM), seguido por los trabajadores de las Unidades de Hospitalización Breve (UHB), un 17,5% y por los trabajadores de los Centros Residenciales de Rehabilitación (CRS), un 15%.

2.2.3.1 Análisis descriptivo

El análisis descriptivo se corresponde con las preguntas cerradas de la encuesta, que son 3. En la primera de ellas se solicitaba una valoración cuantitativa (1 a 10) sobre el **grado de conocimiento** del Código Suicidio en el conjunto del equipo de trabajo al que se pertenece, correspondiendo el 1 al menor nivel de conocimiento y el 10 a un conocimiento total.

Gráfica 2. Resultados referentes al grado de conocimiento del Código Suicidio.

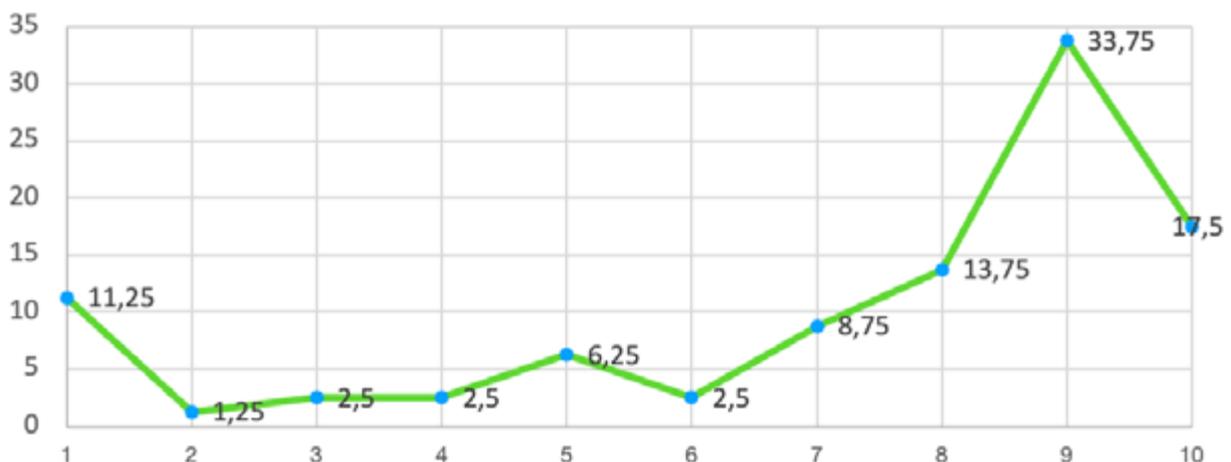


Fuente: elaboración propia.

El valor medio del grado de conocimiento del Código Suicidio es de **7,4 puntos** (sobre 10), siendo la puntuación 8 la que presenta un porcentaje más alto de respuestas, un 27,5%. En el sentido contrario, hay que indicar que un 5% de las personas que respondieron consideran que el Código Suicidio no es conocido en el dispositivo en el que se trabaja.

La segunda cuestión solicitaba una valoración sobre el **grado de implementación** del Código Suicidio en el conjunto del equipo de trabajo al que se pertenece; al igual que en la anterior pregunta, la puntuación 1 se corresponde con la percepción de menor nivel de implementación y el 10 con una implementación total.

Gráfica 3. Resultados referentes al grado de implementación del Código Suicidio.

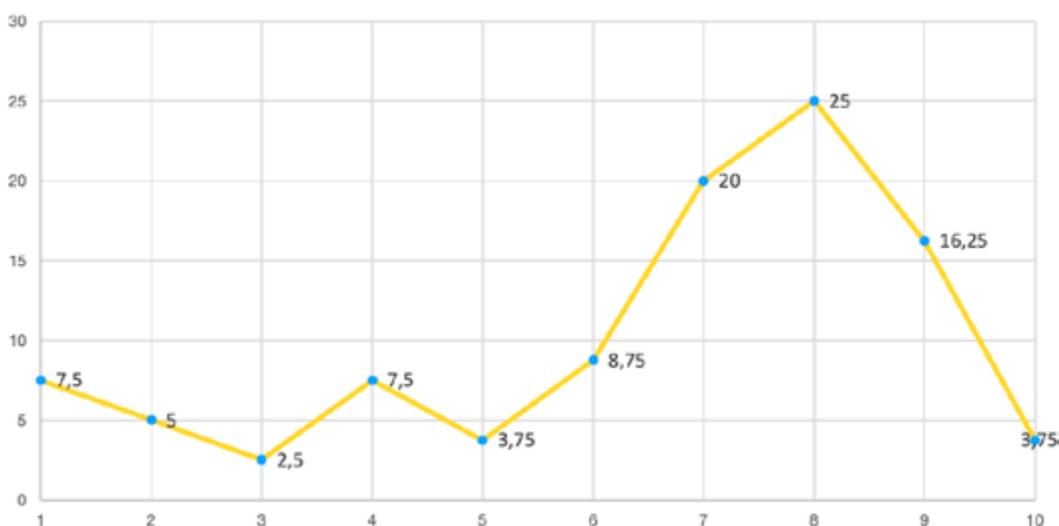


Fuente: elaboración propia.

El valor medio del grado de implementación es de **7,2 puntos** (sobre 10), si bien, en este caso, la puntuación 9 es la que alcanza un porcentaje más alto, un 33,7%, seguida de la puntuación 10 (un 17,5%) y de la puntuación 8 (un 13,7%), lo que implica que el 65% de las personas que responden consideran que la implementación del Código Suicidio es muy alta o casi total en su dispositivo de trabajo. En el sentido contrario, hay que reseñar que el 11,2% de las personas encuestadas consideran que el Código Suicidio no se ha implementado en relación a su entorno de trabajo.

En la tercera pregunta se pedía la consideración acerca del **grado de formación** sobre el Código Suicidio que se ha adquirido en el dispositivo en el que se trabaja.

Gráfica 4. Resultados referentes al grado de formación sobre el Código Suicidio.



Fuente: elaboración propia

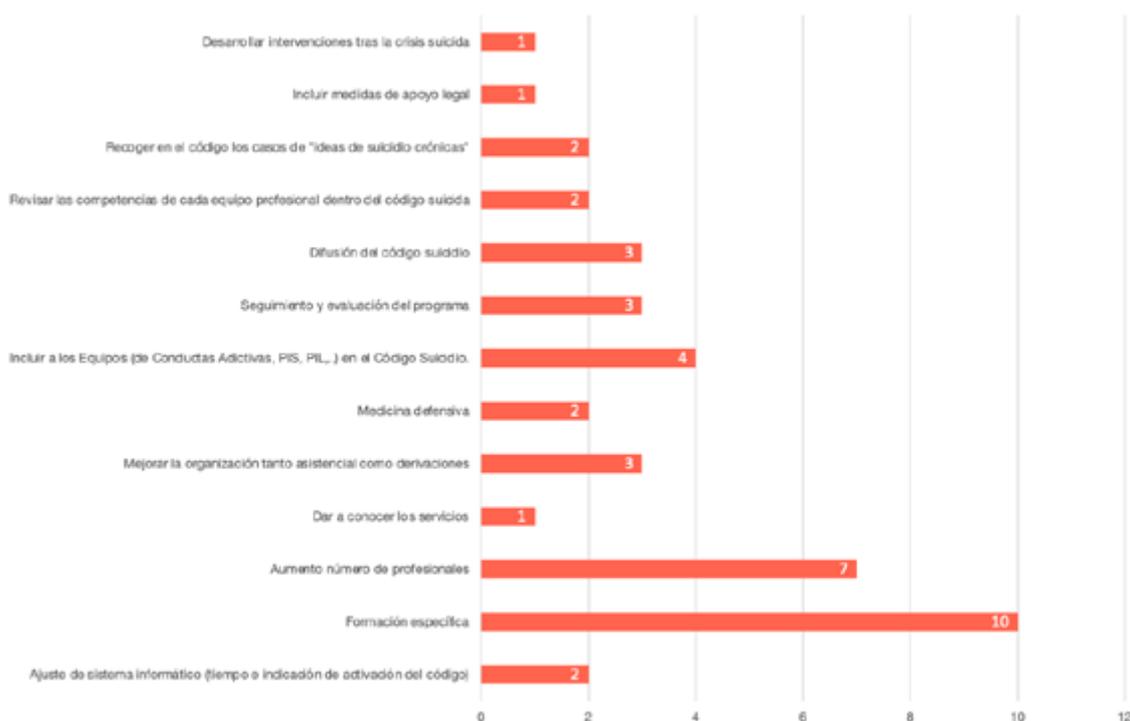
El valor medio del grado de formación es de **6,5 puntos** (sobre 10), lo que supone la puntuación media más baja en el marco de las tres cuestiones que se consideraban, siendo 8 la puntuación más alta porcentualmente, un 25%, seguida, entre otras, de la puntuación 7 (un 20%), la puntuación 9 (un 16,2%) y la puntuación 6 (un 8,7%).

2.2.3.2 Análisis cualitativo

El análisis cualitativo se corresponde con las preguntas abiertas de la encuesta, que también han sido 3, siendo la tercera de ellas una cuestión en la que se podían realizar aportaciones concretas o cualquier otra reflexión u opinión que se considerara oportuno; en este caso se obtuvieron 22 respuestas, si bien, no se ha realizado ningún análisis concreto de ellas, ya que la mayoría de respuestas aportadas ya se incluían en las respuestas a los dos preguntas previas, resultando redundante su análisis.

En la primera pregunta se solicitaba la aportación de las **mejoras** que se consideraran necesarias en relación con el Código Suicidio. En este caso, se obtuvieron 35 respuestas que se han categorizado de acuerdo con los ítems que figuran en la Gráfica 5, y determinándose la frecuencia de cada categoría en las respuestas

Gráfica 5. Resultados referentes a la aportación de mejoras en el Código Suicidio.



Fuente: elaboración propia.

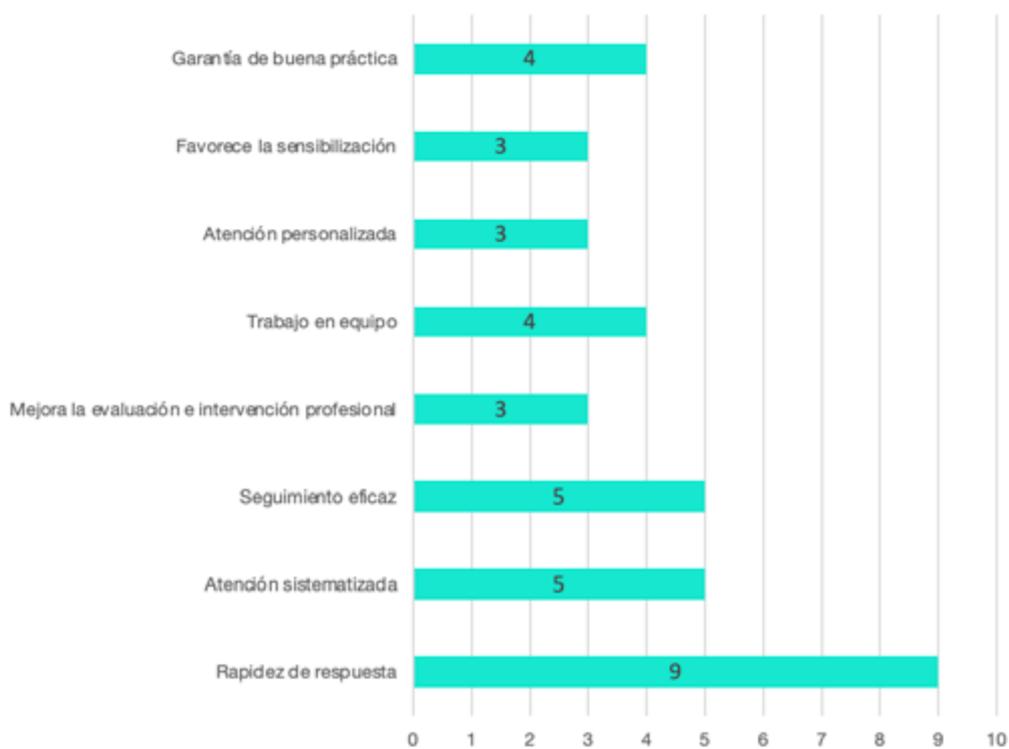
De acuerdo con los resultados que se muestran en la Gráfica 5, las principales sugerencias de mejora están relacionadas con:

- 1) La formación específica presencial.
- 2) El aumento del número de profesionales.
- 3) La inclusión de los equipos de conductas adictivas, PIS, PIL, etc.

En menor medida también destacan otras propuestas como una mayor difusión del Código Suicidio, un mayor seguimiento y evaluación del programa o la mejora de la organización, tanto desde el punto de vista asistencial como las derivaciones.

En la segunda pregunta se solicitaba que se destacaran aquellos **aspectos** considerados más **positivos** en relación con el Código Suicidio. Esta pregunta obtuvo 31 respuestas que fueron categorizadas, determinándose la frecuencia de cada categoría en las respuestas.

Gráfica 6. Resultados referentes a la consideración sobre el Código Suicidio.



Fuente: elaboración propia.

El aspecto que es considerado más positivo por parte de los profesionales de la RSM es que con el Código Suicidio ha aumentado la rapidez en la respuesta ante los casos de suicidio que se detectan.

CON EL CÓDIGO SUICIDIO HA AUMENTADO LA RAPIDEZ EN LA RESPUESTA ANTE LOS CASOS DE SUICIDIO QUE SE DETECTAN.

3. PROPUESTAS DE MEJORA

Parece claro que, de acuerdo con la línea prioritaria 1 del Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024, publicado por la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad (Versión: 9 de mayo de 2022), la principal mejora pasa por el refuerzo de los recursos humanos en materia de salud mental, incrementando en lo posible el número de profesionales, garantizando su disponibilidad y mejorando las condiciones laborales de manera que se posibilite la accesibilidad, estabilidad, atracción del talento y reducción de la temporalidad.

No obstante, siendo evidente que esta cuestión es prioritaria, se plantean en este apartado una serie de propuestas que, teniendo en cuenta el análisis realizado, consideramos que pueden servir para la mejora del diseño y desarrollo de futuros planes de acción para la prevención de conductas suicidas en Extremadura, o iniciativas similares. Se han agrupado las propuestas en cuatro subapartados de acuerdo con la siguiente consideración:

- 1) Aquellas cuestiones relativas a las mejoras en el diseño del propio plan.
- 2) Aquellas cuestiones que deben ser incluidas, o reforzadas, en el conjunto del plan, bien porque no aparecen o bien porque se han detectado un insuficiente desarrollo de las mismas.
- 3) Aquellas cuestiones relativas a propuestas de mejora en el marco del Código Suicidio, que se han compendiado a partir de las aportaciones obtenidas en el estudio.
- 4) Otras cuestiones sobre las que se considera relevante reflexionar y debatir.

3.1 Sobre el diseño del propio Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura:

- Redacción de objetivos utilizando el modelo SMART: objetivos específicos, medibles, alcanzables, realistas y de duración limitada.
- Identificación de stakeholders para que el diseño se centre en un enfoque más comunitario y dialógico y que se aborde desde los principios de la atención sanitaria comunitaria.
- Establecimiento de un marco temporal determinado que, de acuerdo con Castillo (2020), debe tener una duración mínima de cuatro años.
- Elaboración de un sistema de seguimiento y evaluación periódica de la implantación del plan con la inclusión de revisores y evaluadores externos.
- Promoción de líneas de estudio e investigación que permitan identificar elementos de riesgo, resistencias y obstáculos que dificulten el desarrollo de este tipo de iniciativas.

3.2 Cuestiones que deben ser incluidas o reforzadas:

- Implementación de programas de promoción de la salud mental en colectivos vulnerables con especial incidencia en las conductas suicidas.
- Promoción de medidas específicas para la consecución de un tratamiento informativo responsable y comprometido con la prevención de las conductas suicidas en Extremadura.
- Implementación de un programa de formación dirigido a profesionales de diferentes ámbitos de intervención y servicios públicos, para que puedan actuar como gatekeepers (policía local, bomberos/as, profesionales de servicios sociales, monitores, agentes de desarrollo rural, etc.).
- Elaboración de documentos, a partir de técnicas de geolocalización, relativos a “puntos calientes” (hostspots), promoviendo intervenciones locales para la prevención del suicidio a partir de un análisis reflexivo de esas localizaciones.
- Diseño y promoción de espacios emocionalmente seguros donde desarrollar acciones e intervenciones para la posvención.
- Diseño y desarrollo de programas específicos para el apoyo a los profesionales sanitarios y socio-sanitarios con problemas de salud mental relacionados con su labor asistencial, de acuerdo con las aportaciones planteadas en el informe *“EMOTIO. Estudio sobre la Salud Laboral y Emocional de los Dispositivos de la Red de Salud Mental (RSMEx), los Equipos de Atención Primaria (EAP) y los profesionales de Formación Sanitaria Especializada (FSE)”*.

3.3 Sobre el Código Suicidio 2.0:

- Elaboración de un procedimiento estándar para la valoración del grado de implementación del Código Suicidio con profesionales de Salud Mental, con especial atención e incidencia en:
 - Disposición de los tiempos de atención, adaptándolos a las indicaciones del protocolo. La mayoría de los profesionales que han realizado aportaciones en este sentido coinciden en la dificultad de adecuar los tiempos del código a la realidad que viven en su puesto de trabajo.
 - Para la detección de síntomas y señales de riesgo suicida, se propone el diseño y empleo de una escala con niveles graduados que sirva para determinar factores y situaciones críticas, y que favorezcan la toma de decisiones con una mayor eficacia y realismo.
- Desarrollo de un plan integral de formación, en modalidad primordialmente presencial, del Código Suicidio, dirigido a los profesionales de la Red de Salud Mental y de los Equipos de Atención Primaria.
- Actualización y mejora del protocolo de activación y desactivación del Código Suicidio que proteja a los profesionales y tenga en cuenta los falsos positivos propios de la medicina defensiva.

- Estudio y análisis regular de datos sobre activación y valoraciones del Código Suicidio, así como el seguimiento permanente de los usuarios.
- Implementación del protocolo de prevención de las conductas suicidas en las unidades hospitalarias de atención a la Salud Mental.

3.4 Otras cuestiones que se consideran oportunas:

Las elevadas cifras que las sociedades actuales están conociendo en cuanto a suicidios consumados, conductas autodestructivas y autolesivas, comportamientos suicidas en general y manifestaciones de ideación suicida (tanto en población general como clínica), debe hacernos reflexionar profundamente sobre muchas cuestiones que son asumidas socialmente sin demasiados filtros críticos, y que pueden suponer un grave riesgo en el desarrollo integral pleno que niños y adolescentes deben vivir sobre las bases de una personalidad equilibrada y de una adecuada salud mental. Del mismo modo, hemos de encontrar las claves para que, también en edades adultas, las crisis y conflictos propios de los modelos actuales de convivencia, comunicación y de relaciones interpersonales, además de otros factores, no se acaben convirtiendo en el origen de un proceso de permanente sufrimiento personal. Por estos motivos, y de acuerdo con las aportaciones extraídas de la extensa literatura científica consultada, los autores del presente estudio consideran oportuno plantear algunas cuestiones que podrían ampliar el sentido de las estrategias que se planteen en nuestra región en materia de sensibilización y prevención de las conductas suicidas.

**HEMOS DE ENCONTRAR
LAS CLAVES PARA
QUE LAS CRISIS
Y CONFLICTOS
PROPIOS DE LOS
MODELOS ACTUALES
DE CONVIVENCIA,
COMUNICACIÓN
Y DE RELACIONES
INTERPERSONALES
NO SE ACABEN
CONVIERTIENDO
EN EL ORIGEN DE
UN PROCESO DE
PERMANENTE
SUFRIMIENTO
PERSONAL.**





HAY QUE PLANTEAR
UNA REFLEXIÓN ACERCA
DE LA ACCESIBILIDAD
A DETERMINADOS
FÁRMACOS QUE
PUEDEN PRESENTAR
UNA POTENCIALIDAD
LETAL SIN NO EXISTE UN
ADECUADO SEGUIMIENTO
DE LA SITUACIÓN
VIVENCIAL O DE LA
PATOLOGÍA DEL SUJETO.

- El sistema educativo extremeño cuenta, en todos los centros de secundaria, con un profesional de la Educación Social, cuyo papel podría ser mucho más relevante a la hora de servir como fuente de información sobre la realidad cotidiana de los adolescentes y, también, para el diseño de medidas de actuación específicas en el tema que nos ocupa. Podría plantearse, incluso, la especialización de estos profesionales en materia de salud mental, con una especial formación relacionada con los comportamientos suicidas en la adolescencia. Por otro lado, aunque este profesional socioeducativo no actúa en el ámbito de la Educación Primaria, sí nos parece oportuno plantear una reflexión para que pudiera ofrecer su gestión también en este nivel educativo, con el objetivo de participar y acompañar a los menores en todo el proceso evolutivo, individual y social, que afrontan desde niños. Destacamos, en este sentido, la existencia de la figura recién implementada en nuestro sistema educativo del “Coordinador de bienestar y protección en la comunidad escolar”, que puede jugar un papel clave, en coordinación con el sistema de salud, a la hora de plantear iniciativas y actuaciones, tanto en los centros educativos como sirviendo de enlace con las familias.
- En el afrontamiento de los comportamientos suicidas, la OMS y numerosos autores establecen cuatro ejes principales:
 - los suicidios son prevenibles;
 - debe restringirse el acceso a medios utilizables para suicidarse;

- los servicios de salud deben incorporar la prevención del suicidio como un componente central de su actuación;
- las comunidades (y/o colectivos) juegan un papel crucial en el afrontamiento y prevención del suicidio.

De acuerdo con el segundo eje planteado, nos parece conveniente plantear una reflexión acerca de la accesibilidad a determinados fármacos que pueden presentar una potencialidad letal sin no existe un adecuado seguimiento de la situación vivencial o de la patología del sujeto. La prescripción de medicamentos que facilitan el sueño (hipnóticos o barbitúricos), que reducen la ansiedad (ansiolíticos) o la depresión (antidepresivos-IRSR), o que sirven de estabilizadores del estado de ánimo (anticonvulsivos), entre otros psicofármacos, puede resultar conveniente en un determinado momento, pero puede implicar también un riesgo que el sistema de salud debe minimizar lo máximo posible. En este sentido, para que sea eficaz el seguimiento de cada caso de ideación suicida, o conducta autolítica, que sea codificada en el sistema, debe verse afianzado por una plantilla adecuada de profesionales, tanto cuantitativamente como especializada, y por un trabajo en red con actores externos al propio sistema de salud que permitan la contextualización social de los casos que se presenten.

- Por último, y en consonancia con muchas de las cuestiones que se proponen en este apartado, hemos de poner en valor el papel de la investigación y el estudio de las conductas suicidas como un factor imprescindible para abordar su contención y prevención con mayores garantías de éxito. Consideramos, en este sentido, que la acción investigadora debe plantearse desde una perspectiva interdisciplinar y cooperativa. No puede sustraerse en este planteamiento que, para una prevención eficiente de este tipo de comportamientos, es preciso conocer también, en la mayor medida posible, los motivos y causas que llevaron a la persona a quitarse la vida o que provocan conductas autolíticas (conscientes o inconscientes), o pensamientos autodestructivos. De esta forma, cualquier planteamiento investigador debe contar con la confluencia de todos los profesionales e instancias implicadas en esta materia, bien sean forenses, clínicas, socioeducativas o institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Blanco, C. (2020). El suicidio en España. *Revista de Ciencias Sociales, DS-FCS*, vol. 33, nº 46, enero-junio 2020, pp. 79-106. <https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>
- Castillo, A.E. (2022). Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas. *GAPP – Nueva Época*, nº 28. DOI: <https://doi.org/10.24965/gapp.i28.10956>.
- Cortés, A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E. & Salvador, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 27(1), 33-41.
- Farmer, R. (1988). Hostility and deliberate self-poisoning: The role of depression. *British Journal of Psychiatry*, 150: 609-614.
- Giner, L. y 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(3), pp. 139-146.
- Gómez, A., Lolas, F. y Barrera, A. (1991) Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. *Revista de Salud Mental*, Vol. 14, Nº 1.
- Goñi, A. y Zandio, M. (2017). El suicidio: un reto para la prevención. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 40(3), pp. 334-338.
- Guija, J., Giner, L., Marín, R., Blanco, M. y Parejo, J.A. (2012). Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), pp. 161-171.
- Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud. 2017. III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020.
- Junta de Extremadura. 2020. Objetivo 49. Guía de Acción Tutorial para la Promoción de la Salud Mental en el ámbito educativo. Vicepresidencia Segunda y Consejería de Sanidad y Servicios Sociales – Consejería de Educación.
- Muñoz, A. (2019). Jon García Ormaza: El suicidio se puede prevenir si conozco cuáles son los factores de riesgo. *La diaria* (en línea). 19 de marzo. Disponible en: <Disponible en: http://lmentala.net/admin/archivosboletin/Jon_Garcia_Ormaza_El_suicidio_se_puede_prevenir_si_conozco_cuales_son_los_factores_de_riesgo_la_diaria.pdf> (acceso: 2/08/2023).

- Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 2022. Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 (Versión: 9 de mayo de 2022). Estrategia Salud Mental del SNS. Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.
- Ministerio de Sanidad. 2021. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud – Período 2022-2026. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Ministerio de Sanidad.
- Navarro, N. (2020). El abordaje del suicidio: Revisión de las estrategias autonómicas para su intervención. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 1-8.
https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/C_ESPECIALES/RS94C_202005036es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Edición original en inglés.
- Organización Panamericana de la Salud. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021.
- Pérez, J. C. (2011). La mirada del suicida. El enigma y el estigma. Madrid: Plaza y Valdés.
- Servicio Extremeño de Salud (SES). 2018. I Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Servicio Extremeño de Salud (SES). 2022. II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de las Conductas Suicidas en Extremadura. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. 2022. Código Suicidio 2.0 del Servicio Extremeño de Salud CSUIC. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Servicio Extremeño de Salud



INFORME

Evaluación externa y valoración del II Plan de Acción para la Prevención y Abordaje de la Conducta Suicida en Extremadura

Víctor M^a López Ramos - Rocío Yuste Tosina