



Striving
for
Zero

**PLAN ESTRATÉGICO DE
CALIFORNIA PARA LA PREVENCIÓN
DEL SUICIDIO 2020 – 2025**

Support for people at risk for suicide or those supporting people at risk is available by calling the **National Suicide Prevention Lifeline** 1-800-273-TALK (8255)

Apoyo y ayuda para personas a riesgo de suicidarse o para las personas que los apoyan está disponible llamando al **National Suicide Prevention Lifeline** 888-682-9454

Acerca de la Comisión

La Comisión de Supervisión y Responsabilidad de los Servicios de Salud Mental, una agencia estatal independiente, fue creada en 2004 por la Propuesta 63 aprobada por los votantes, la Ley de Servicios de Salud Mental. Los californianos crearon la Comisión para proporcionar supervisión, responsabilidad y liderazgo para guiar la transformación del sistema de salud mental de California. La Comisión de 16 miembros está compuesta por un Senador, un miembro de la Asamblea, el Fiscal General del Estado, el Superintendente de Instrucción Pública del Estado y 12 miembros del público designados por el Gobernador. Por ley, las personas designadas por el gobernador son personas que representan diferentes sectores de la sociedad, incluidos individuos con necesidades de salud mental, familiares de personas con necesidades de salud mental, organismos de seguridad, educación, trabajo, negocios y profesiones relacionadas con la salud mental.

Comisionados

KHATERA TAMPLEN, *Presidenta; Miembro del Subcomité de Prevención del Suicidio*; Gerente de Empoderamiento del Consumidor, Servicios de Atención de Salud del Comportamiento del Condado de Alameda

LYNNE ASHBECK, *Vicepresidenta; Vicepresidenta Sénior de Participación Comunitaria y Bienestar de la Población*, Valley Children's Healthcare

MAYRA E. ALVAREZ, *Presidenta*, Children's Partnership

RENEETA ANTHONY, *Directora Ejecutiva*, A3 Concepts LLC

JIM BEALL, *Senador Estatal de California*, Distrito 15

KEN BERRICK, *Director General*, Seneca Family of Agencies

JOHN BOYD, Psy.D., *Director General de Servicios de Salud Mental*, Sutter Health Care

BILL BROWN, *Sheriff*, Condado de Santa Bárbara

KEYONDRIA BUNCH, Ph.D., *Psicóloga Clínica*, Oficina de Divulgación de Emergencia, Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles

WENDY CARRILLO, *Asambleísta del Estado de California*, Distrito 51

ITAI DANOVITCH, M.D., *Presidente*, Departamento de Psiquiatría y Neurociencias del Comportamiento, Centro Médico Cedars-Sinai

DAVID GORDON, *Superintendente*, Oficina de Educación del Condado de Sacramento

MARA MADRIGAL-WEISS, Miembro del Subcomité de Prevención del Suicidio; *Directora de Bienestar y Rendimiento Académico*, División de Servicios y Programas para Estudiantes, Oficina de Educación del Condado de San Diego

GLADYS MITCHELL, *Ex Gerente de Servicios de Personal*, Departamento de Servicios de Atención Médica de California y Departamento de Programas de Alcohol y Drogas de California

TINA WOOTON, *Presidenta del Subcomité de Prevención del Suicidio*; *Compañera y Directora General*, Hope 365

TOBY EWING, Ph.D., *Director Ejecutivo*

BRIAN SALA, Ph.D., *Subdirector de Evaluación y Operaciones del Programa*

DAWNTÉ R. EARLY, Ph.D., M.S., *Director de Investigación y Evaluación*

ASHLEY MILLS, M.S., *Investigadora principal y Líder del Proyecto de Prevención del Suicidio*

Dedicatoria

Este plan está dedicado a las personas que hemos perdido por el suicidio y a las personas que experimentan comportamientos suicidas, y a sus seres queridos. La Comisión desea expresar su agradecimiento a los numerosos supervivientes, a los miembros de la comunidad, a los familiares, a los administradores, a los proveedores, a los investigadores y a los responsables políticos que contribuyeron al desarrollo de este plan. Apreciamos mucho el tiempo, el compromiso y la energía dedicados a explorar los desafíos y las soluciones que rodean los esfuerzos para prevenir el suicidio.

Nos gustaría extender un agradecimiento especial a los supervivientes de intentos de suicidio y pérdida que compartieron valiente y honestamente sus historias, experiencias y percepciones únicas sobre las oportunidades para mejorar las estrategias de prevención del suicidio. Muchas personas se ven afectadas por el suicidio, incluidos los Comisionados y el personal directamente involucrado en el desarrollo de este plan. La Comisión subraya la urgencia de poner en práctica estrategias sólidas para evitar la pérdida de más vidas.

Se pueden salvar vidas. Hay esperanza.

Obtenga Ayuda Ahora

Si usted u otra persona necesita ayuda, puede comunicarse con un consejero de crisis capacitado llamando a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Lifeline) al **800-273-TALK (8255)** o enviando TALK por mensaje de texto al **741741**.

- Las personas que hablan español pueden llamar al **888-682-9454**.
- Para los adolescentes, llame a la LÍNEA DE ADOLESCENTES (TEEN LINE) al **310-855-4673** o envíe TEEN por mensaje de texto al **839863**.
- Para los veteranos, llame al **800-273-TALK (8255)** y **presione 1**.
- Para los jóvenes LGBTQ, llame a The Trevor Project al **866-488-7386** o envíe START por mensaje de texto al **678678**.
- Para personas transgénero, llame a la línea Trans al **877-565-8860**.
- Para las personas sordas o con problemas de audición, llame al **800-799-4889**.
- Para el personal de las fuerzas de seguridad, llame a la COPLINE al **800-267-5463**.
- Para otro personal de servicios de emergencia, llame a la línea de ayuda de Fire/EMS (Bomberos/ Ambulancias) al **888-731-FIRE (3473)**.

Todos los recursos mencionados anteriormente proporcionan ayuda de manera confidencial y están disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. La evaluación del riesgo de suicidio es un proceso colaborativo y transparente entre la persona en riesgo y la persona que realiza la evaluación. Trabajando juntos, los servicios de apoyo y las opciones de derivación se identifican en función del riesgo y la necesidad.

Si alguien exhibe señales de advertencia (consulte el reverso de esta página para ver una lista) o comunica un deseo de morir, siga los siguientes pasos:

- 1. PREGUNTE** "¿Estás pensando en el suicidio o sientes que no merece la pena vivir la vida?" y evalúe la seguridad de la persona preguntando si la persona tiene un plan específico e intención de actuar según ese plan. Pregunte si la persona ya ha comenzado a actuar según dichos pensamientos o ha intentado suicidarse. El riesgo de muerte por suicidio aumenta significativamente a medida que las personas implementan más piezas de un plan.
- 2. EXPRESE compasión.** El deseo de morir por suicidio puede ser una experiencia aterradora y aislante. Exprese una atención compasiva para enfatizar que hay ayuda disponible, incluidos recursos confidenciales.
- 3. PIDA ayuda** llamando a las líneas de crisis (ver arriba) para conectarse con los recursos. Todas las líneas de crisis están disponibles para personas en crisis y para personas que apoyan a las personas en crisis.
- 4. DÉ SEGUIMIENTO** llamando, enviando mensajes de texto o visitando a la persona para preguntar cómo está y si necesita apoyo adicional.

Tome una captura de pantalla de esta página si está en su dispositivo móvil o haga una copia si está viendo la versión impresa. Esta página puede guardarse para usarla en el futuro o para enviársela a un ser querido. Originalmente de Striving for Zero (Esfuerzos para lograr la meta cero): Plan Estratégico de California para la Prevención del Suicidio 2020-2025.

Señales de Advertencia

Los siguientes comportamientos podrían indicar o sugerir un riesgo de suicidio:¹

- Comunicar un deseo de morir o planes para intentar suicidarse
- Expresar la experiencia de tener pensamientos suicidas que son intensos, generalizados o difíciles de controlar
- Buscar una forma de matarse, como buscar en línea o comprar un arma
- Regalar posesiones
- Redactar notas que indiquen la intención o el deseo de suicidarse
- Comunicar que se tiene un sentimiento de desesperación o que no se tienen razones para seguir viviendo o que se siente una desesperación persistente
- Comunicar sentimientos de culpa, vergüenza o autoculpa
- Comunicar sentimientos de estar atrapado o de tener un dolor insoportable
- Comunicar ser una carga para los demás
- Incremento en el uso de alcohol o drogas
- Actuar con ansiedad o agitación; comportarse de manera imprudente o participar en actividades de riesgo
- Insomnio, pesadillas y sueño irregular
- Retirarse o sentirse aislado
- Comunicar o exhibir ansiedad, pánico o agitación
- Parecer triste o deprimido o exhibir cambios de humor
- Mostrar ira o enfado descontrolado o comunicar que se busca venganza

Tome una captura de pantalla de esta página si está en su dispositivo móvil o haga una copia si está viendo la versión impresa. Esta página puede guardarse para usarla en el futuro o para enviársela a un ser querido. Originalmente de Striving for Zero: Plan Estratégico de California para la Prevención del Suicidio 2020-2025.



1325 J Street, Suite 1700 | Sacramento, CA 95814
www.mhsoac.ca.gov

Contenidos del Plan

Resumen Ejecutivo	9
Estigma y Mitos	15
Introducción	17
Objetivos y Metas Estratégicos	19
Objetivo estratégico 1: Establecer una infraestructura de prevención del suicidio	22
Objetivo estratégico 2: Minimizar el riesgo de comportamientos suicidas promoviendo entornos seguros, resiliencia y conectividad	26
Objetivo estratégico 3: Mejorar la identificación temprana del riesgo de suicidio y aumentar el acceso a los servicios en función del riesgo.	31
Objetivo estratégico 4: Mejorar los servicios y apoyos relacionados con el suicidio	34
Desarrollo del Plan	39
Comportamiento Suicida: Definiciones, Teoría y Conceptos Clave para la Prevención ..	45
Definiciones de Violencia Autodirigida	45
Los Medios son Importantes	48
Desafíos Inherentes e Innovaciones Emergentes	49
Comportamiento Suicida en California	53
Datos del Suicidio	53
Limitaciones de los Datos	57
Factores de Riesgo y de Protección	59
Factores de Riesgo	60
Factores de Protección	61
Señales de Advertencia	62
Las Mejores Prácticas en la Prevención del Suicidio	67
Estrategias Universales de Prevención	68
Estrategias Selectivas de Prevención	74
Estrategias de Prevención Indicadas	76
Plan de Trabajo Estatal	81
Referencias	99

El suicidio es un importante desafío de salud pública. Según los últimos datos, 4,323 californianos perdieron la vida por suicidio en 2017. La tasa de suicidios del estado de California se mantiene relativamente estable, y las tasas están aumentando en algunas comunidades.

Esforzarse por no perder vidas debido al suicidio requerirá un esfuerzo dedicado y sostenido para integrar prácticas que se sabe que previenen el suicidio en nuestra educación, justicia, atención médica y otros sistemas y en nuestras comunidades.

Todos los californianos deben estar atentos, ser conscientes y estar receptivos a las señales de advertencia de suicidio en sus seres queridos e incluso en ellos mismos.

Hay esperanza. La evidencia de prácticas efectivas de prevención del suicidio crece cada día. Esta estrategia integral incorpora la última información y evidencia para guiar las acciones estatales y locales en beneficio de todos los californianos y para salvar vidas.



Resumen Ejecutivo

Más de 47,000 estadounidenses pierden la vida por suicidio cada año. Aunque las tasas mundiales de suicidios están disminuyendo, la tasa nacional de suicidios ha aumentado constantemente desde 1999. Algunos datos clave sobre el suicidio en los Estados Unidos y en California:

- El suicidio es la décima causa principal de muerte en los EE. UU., y la segunda causa principal en personas de 10 a 34 años.
- Cada año se estima que ocurren 25 intentos de suicidio por cada muerte por suicidio; entre los jóvenes, se producen hasta 200 intentos por cada muerte por suicidio.
- En 2017, la tasa nacional de suicidios fue de 14 por cada 100,000 personas. Aunque la tasa de California (10.7 por cada 100,000 habitantes) es más baja en comparación con otros estados, algunos condados y grupos demográficos tienen tasas mucho más altas.
- Mientras que las mujeres y los jóvenes de color intentan suicidarse en tasas más altas que otros grupos, los hombres blancos de mediana edad y mayores mueren por suicidio en tasas más altas. En los EE. UU., casi 7 de cada 10 suicidios son de hombres blancos.
- El método más común de intento de suicidio es la sobredosis de drogas, mientras que las armas de fuego son el medio más común de la muerte por suicidio.

El suicidio es un desafío complejo de salud pública que involucra muchos determinantes biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Los principales factores de riesgo de suicidio son un intento de suicidio previo; trastornos por abuso de sustancias; trastornos del estado de ánimo, como la depresión; enfermedades médicas; y acceso a los métodos para intentar suicidarse. Los factores comunes que reducen el riesgo de suicidio son el acceso a una atención médica y de salud mental efectiva; conectividad con los demás; habilidades para resolver problemas; y contactos afectuosos, como postales o cartas, de proveedores de servicios y cuidadores.

Desafíos para la Prevención Efectiva del Suicidio

Los esfuerzos de prevención se enfrentan a un desafío por los conceptos erróneos sobre el comportamiento suicida, a pesar de los avances en el estudio del suicidio y su prevención. Estos mitos generalizados pueden impedir que las personas en riesgo busquen ayuda y desalientan a las personas a preguntarles a sus seres queridos sobre los pensamientos de suicidio. El sufrimiento interno que acompaña al deseo de morir puede permanecer oculto a menos que se le pregunte directamente a una persona sobre sus pensamientos y necesidades. Se pueden pasar por alto los factores de riesgo si no hay un examen y una evaluación uniforme del suicidio por parte de los proveedores de salud mental y de trastornos de abuso de sustancias, que a menudo prestan servicios en sistemas separados y no coordinados. Los conceptos erróneos también debilitan la efectividad de las estrategias para reducir el acceso a métodos de lesiones potencialmente letales. Dichas intervenciones son comunes en otros campos de prevención, pero se siguen subutilizando en la prevención del suicidio. Las barreras físicas en los puentes, el bloqueo de puertas en ferrocarriles y el bloqueo de ventanas a alturas letales evitan caídas accidentales e intencionales. Del mismo modo, el almacenamiento seguro de armas de fuego en el hogar evita lesiones accidentales e intencionales y la muerte de niños y adultos.

Los esfuerzos de prevención efectivos deben reconocer que los factores de riesgo pueden ser dinámicos y cambiar a lo largo de la vida de una persona. Los investigadores están explorando la variabilidad en los factores de riesgo y protección entre los grupos vulnerables, y aún se desconoce mucho.

Las deficiencias en la recopilación de datos también limitan la comprensión del alcance total del comportamiento suicida. Por ejemplo, determinar la intención suicida después de una sobredosis de drogas puede ser difícil, lo que resulta en que se reporten menos casos de los reales y en que haya información limitada para apoyar los esfuerzos de prevención. La prevención del suicidio también requiere la participación de colaboradores públicos y privados en campos multidisciplinarios, lo que requiere un compromiso de colaboraciones a gran escala que integren la planificación y coordinen las acciones. Los esfuerzos se complican aún más por definiciones inconsistentes del comportamiento suicida, lo cual afecta el monitoreo de datos. Por último, evaluar el riesgo no es una práctica uniforme en California. Esto lleva a una inconsistencia en la detección del riesgo de suicidio, que también está limitada por importantes consideraciones éticas, de capacitación y legales.

Comportamiento Suicida en California, 2017

4,323: el número de californianos que murieron por suicidio

18,153: el número de californianos que recibieron servicios en un departamento de emergencias por autolesión intencional

108,075: el número de intentos de suicidio en California, basado en la estimación de 25 intentos de suicidio por cada muerte por suicidio

Más de 1.1 millones: la cantidad de californianos adultos que reportaron tener pensamientos serios de suicidio

Aplicación del Modelo de Salud Pública para Prevenir el Suicidio

A pesar de los desafíos, la investigación demuestra que las intervenciones efectivas pueden salvar vidas y que las estrategias de salud pública pueden prevenir la pérdida de vidas a gran escala. El Modelo de Salud Pública está compuesto por cuatro pasos repetitivos: 1) definir el problema; 2) identificar los factores que aumentan o disminuyen el riesgo; 3) desarrollar y evaluar intervenciones de prevención; y 4) implementar intervenciones y difundir los resultados para aumentar el uso de intervenciones efectivas.² (Ver Imagen 1.) El Modelo de Salud Pública es un elemento clave del plan estratégico estatal de prevención del suicidio que se detalla en este documento.

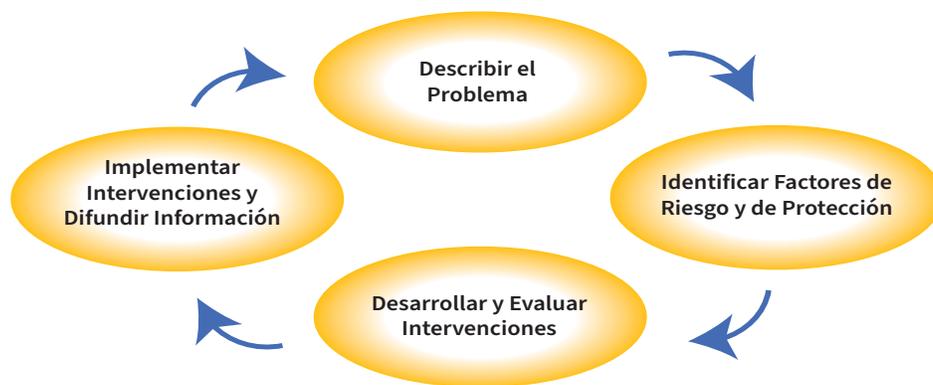


Imagen 1. Modelo de Salud Pública adaptado de la Prevención del suicidio: un imperativo global de la Organización Mundial de la Salud.

Oportunidades para Salvar Vidas

La Comisión de Supervisión y Responsabilidad de los Servicios de Salud Mental de California fue dirigida por la Legislatura para desarrollar un nuevo plan de prevención de suicidios para el estado. La Comisión comenzó a trabajar a principios de 2018 revisando el plan estratégico anterior de California. Desarrollado en 2008, el plan hizo numerosas recomendaciones destacadas, muchas de las cuales no se implementaron completamente. Bajo el liderazgo de un subcomité presidido por la Comisionada Tina Wooton, la Comisión contrató a expertos nacionales y locales, revisó investigaciones, realizó visitas a centros y convocó audiencias públicas y foros en todo el estado, donde los miembros de la comunidad, los líderes de políticas y aquellos que vivieron experiencias proporcionaron orientación e información.

El objetivo de la Comisión era producir una agenda política alcanzable y una base para la prevención del suicidio basada en las mejores prácticas. Su objetivo general es equipar y capacitar a las comunidades de California con la información que necesitan para minimizar el riesgo, mejorar el acceso a la atención y prevenir comportamientos suicidas. Aunque el estado puede apoyar a las comunidades locales y asumir un rol de liderazgo, el éxito de cualquier plan estratégico depende de los esfuerzos integrados de los colaboradores públicos y privados. Esta sinergia ya está teniendo lugar en muchos frentes. Los sistemas de salud públicos y privados están integrando proveedores y sistemas que atienden las necesidades de salud mental y los trastornos por consumo de sustancias. Las necesidades no cubiertas en la salud, en la salud mental y en los trastornos por uso de sustancias aumentan el riesgo de muerte por suicidio de una persona. Los estudios han demostrado cómo la atención integrada y coordinada puede satisfacer estas necesidades y salvar vidas. Los líderes de salud pública están investigando los factores de riesgo de suicidio e intervenciones novedosas para su prevención, dentro de las comunidades y de los sistemas de prestación de servicios. Las escuelas están trabajando con los líderes locales para aumentar el acceso a los servicios de salud mental y proporcionar un aprendizaje social y emocional que ayudará a los estudiantes a lo largo de sus vidas. Las empresas están reconociendo la importancia del bienestar en el lugar de trabajo y están expandiendo las vías de apoyo a través de programas modernos de asistencia a los empleados.

Enfoque Integral Dirigido a una Continuidad de Riesgo

El Plan de Prevención del Suicidio de California está Enmarcado por Cuatro Objetivos Estratégicos.



OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: Establecer una Infraestructura de Prevención del Suicidio

Al igual que otros desafíos de salud pública, la prevención del suicidio en todo el estado exige una infraestructura sólida de información, experiencia, evaluación y comunicación. Esta infraestructura debe apoyar la entrega sistemática de mejores prácticas, para que el éxito no dependa de los valientes esfuerzos de una sola persona, agencia o entorno. Todos pueden desempeñar un papel en la prevención del suicidio potencialmente. La información debe difundirse a través de canales confiables. Los líderes deben mantener la prevención del suicidio como una prioridad de salud pública y definir las funciones que desempeñan los colaboradores en la planificación, entrega y monitoreo de los esfuerzos. Los recursos deben estar integrados y coordinados. Los datos deben ser estandarizados y recopilados y monitoreados de manera rutinaria.



OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: Minimizar el Riesgo de Comportamientos Suicida Promoviendo Entornos Seguros, Resiliencia y Conectividad

El riesgo de suicidio se puede reducir en todas las comunidades reduciendo las amenazas ambientales a la seguridad, al tiempo que se desarrolla la resiliencia individual, familiar y comunitaria. Las personas en riesgo de suicidio a menudo experimentan una ambivalencia extrema en cuanto al deseo de morir o vivir, y experimentan un alto grado de sufrimiento. Eliminar o reducir el acceso a un método letal, como un arma, crea tiempo y oportunidades para intervenciones durante lo que a menudo son crisis transitorias. A las personas se les pueden enseñar habilidades para manejar los factores estresantes y comprender cuándo necesitan buscar apoyo adicional. El aumento de la conexión social puede reducir el estigma y el aislamiento. Los medios de comunicación, incluida la industria del entretenimiento, pueden prevenir el suicidio informando de manera responsable sobre las muertes por suicidio, desestigmatizando las necesidades de salud mental y destacando los recursos de salud mental.



OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: Aumentar la Identificación Temprana del Riesgo de Suicidio y la Conexión a Servicios en Función del Riesgo

El riesgo puede elevarse para algunas personas a pesar de los esfuerzos para crear entornos seguros y desarrollar resiliencia. Cualquiera puede reconocer las señales de advertencia del suicidio y puede aprender a comunicarse de manera efectiva con las personas en riesgo para determinar el tipo de apoyo que necesita. Las herramientas de detección pueden identificar a las personas en riesgo de suicidio en muchos entornos, mientras que las intervenciones breves, como las que se usan para el consumo problemático de alcohol, permiten a las personas en riesgo reconocer sus señales de advertencia personales, identificar estrategias de afrontamiento y una red social de apoyo, reducir el acceso a medios letales y buscar ayuda profesional para manejar las crisis de suicidio. Los servicios y el apoyo para casos de crisis también pueden ayudar a evaluar el riesgo de suicidio y a acceder a los servicios, y deben estar ampliamente disponibles y ser accesibles y variados para beneficiar a la gran variedad de personas que necesitan ayuda.



OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: Mejorar los Servicios y Apoyos Relacionados con el Suicidio

Los servicios y apoyos en el momento oportuno deben estar disponibles para las personas que experimentan un comportamiento suicida, especialmente los intentos de suicidio, y para las personas que experimentan la muerte por suicidio de un ser querido. Los proveedores de salud mental y de trastornos de abuso de sustancias deben estar equipados para ayudar a las personas en riesgo y capacitados para brindar una atención que refleje las mejores prácticas. Por ejemplo, las tarjetas postales de bajo costo y alto impacto y los servicios de derivación después de una hospitalización son estrategias efectivas para prevenir futuros comportamientos suicidas y deben ser un componente estándar del cuidado posterior, después de recibir el alta hospitalaria o de urgencias. La respuesta rápida para apoyar a familias, a seres queridos y, en algunos casos, a comunidades enteras, debe llevarse a cabo después de cada suicidio.

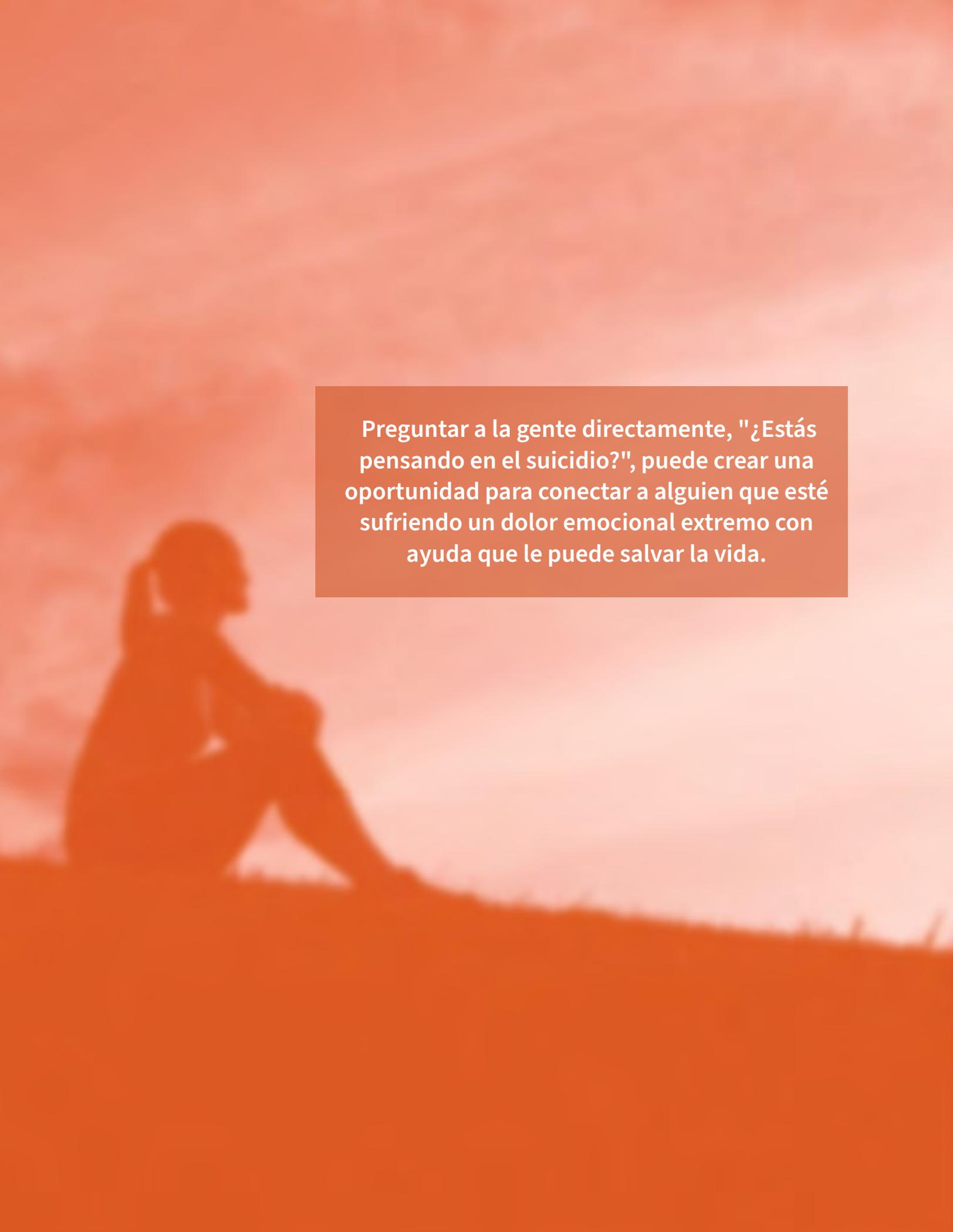
Pasos Siguietes

Se pueden salvar vidas del suicidio si los recursos se dedican a fortalecer los componentes clave de una infraestructura de prevención del suicidio. Al final de este plan se detalla un plan de trabajo estatal de cinco años. El estado debería dar los siguientes primeros pasos ahora:

- Crear la **Oficina de Prevención del Suicidio**, con el apoyo del Consejo de Prevención del Suicidio de California. La Oficina debería encargarse de implementar el plan y evaluar el progreso. La Oficina debería estar dentro del Departamento de Salud Pública de California.
- Ampliar el **Sistema de Registro de Muertes Violentas de California** dentro del Departamento de Salud Pública mediante la asignación de fondos de asistencia locales para complementar los fondos federales. Este financiamiento debería apoyar la asistencia técnica para aumentar los datos estandarizados ingresados en el sistema y aumentar la difusión a tiempo de información a nivel local y estatal para guiar los esfuerzos de prevención.
- Requerir **capacitación estandarizada para la prevención del suicidio** para los proveedores en todos los entornos hospitalarios y ampliar los requisitos actuales para **detectar el riesgo de suicidio** en los entornos de atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias. Los exámenes y evaluaciones de suicidio deben ser parte del seguimiento inmediato cuando una persona da positivo por necesidades de salud mental o trastornos por abuso de sustancias. La capacitación debe incluir la evaluación estandarizada del riesgo de suicidio y la gestión de las mejores prácticas. El estado podría acelerar el uso de la evaluación y la gestión del riesgo de suicidio mediante el avance de la tecnología de atención médica que respalde las evaluaciones basadas en la clasificación y la conexión oportuna a los servicios.
- Exigir a todos los hospitales que desarrollen e implementen **políticas uniformes por escrito para el alta** después de que una persona haya recibido servicios relacionados con el suicidio. Las políticas deben incluir protocolos para desarrollar planes de alta, que deben incluir un proceso de colaboración para crear un plan de seguridad e identificar los servicios de cuidado posterior apropiados; un plan para la transición de una persona a otro entorno o proveedor de atención, hogar, escuela y trabajo; y un proceso para dar seguimiento a la persona a través de correspondencia por escrito, correos electrónicos, mensajes de texto u otra comunicación según lo indique la persona.

Striving for Zero (Esfuerzos para Lograr la Meta Cero)

La eliminación del suicidio en California requerirá liderazgo, compromiso y conversaciones honestas sobre el riesgo de suicidio, la resiliencia y las barreras que interrumpen los esfuerzos de prevención del suicidio. Este plan describe los objetivos de salud pública alineados con las estrategias dirigidas a nivel nacional y exige avances cruciales en innovación y acceso a la atención sanitaria utilizando prácticas que podrían ayudar a millones de personas. California tiene el ingenio, la capacidad y el liderazgo para adoptar una posición decisiva contra el suicidio. Una vida perdida por el suicidio es demasiado, así que, comencemos ahora.

A silhouette of a person sitting on a grassy hill, looking out over a sunset sky. The person is positioned on the left side of the frame, with their back to the camera. The sky is a mix of orange and yellow, with some clouds. The overall mood is contemplative and serene.

Preguntar a la gente directamente, "¿Estás pensando en el suicidio?", puede crear una oportunidad para conectar a alguien que esté sufriendo un dolor emocional extremo con ayuda que le puede salvar la vida.

Estigma y Mitos

El Estigma es un Obstáculo Significativo para Prevenir el Suicidio.

El estigma se refiere a las actitudes y creencias negativas sobre las personas con necesidades de salud del comportamiento. Dichas necesidades incluyen el uso problemático de sustancias y problemas alimenticios, angustia psicológica grave y necesidades de salud mental, y su gravedad puede variar desde angustia hasta enfermedades y trastornos diagnosticables. El estigma no solo desalienta a las personas a buscar ayuda, sino que también puede impedir que las personas, las familias y las comunidades se conecten con un apoyo significativo. El estigma también afecta a la notificación y el registro de suicidios y a las circunstancias que llevaron a un suicidio, como un intento previo o una muerte en la familia. En consecuencia, los esfuerzos de prevención se ven obstaculizados porque se reportan menos

casos de los reales de comportamientos suicidas. Para demostrar una táctica que puede combatir el estigma, la Comisión utiliza un lenguaje no estigmatizador en todo este plan. El lenguaje estigmatizador incluye las frases *cometió suicidio*, *suicidio completado* o *completado con éxito*, *persona suicida*, *intento de suicidio sin éxito* o *fallido* y *enfermo mental*.

ESTIGMATIZANTE:	NO ESTIGMATIZANTE:
Se Suicidó	Murió por Suicidio
Persona Suicida	Persona en Riesgo de Suicidio
Enfermo Mental	Persona Que Vive con Necesidades de Salud Mental

Los Mitos y Conceptos Erróneos Sobre la Prevención del Suicidio También Obstaculizan los Esfuerzos de Prevención.³

A continuación se presentan ejemplos comunes de estos mitos y de los hechos asociados con cada uno.

MITO	HECHO
La mayoría de los suicidios son impulsivos y ocurren sin previo aviso.	Más del 70 por ciento de las personas que mueren por suicidio le comunicaron a alguien sus planes para el intento antes de su muerte. ⁴ La planificación, incluida la obtención de los medios para intentar suicidarse e identificar un lugar, a menudo ocurre mucho antes del intento, a veces con años de antelación. ⁵ La mayoría de los suicidios están precedidos por señales de advertencia, como comunicar el deseo de morir, de no tener motivos para vivir o de tener la sensación de ser una carga.
Las personas que quieren morir están decididas y no se les puede hacer cambiar de opinión.	Más del 90 por ciento de las personas que fueron interrumpidas durante un intento de suicidio no morirán por suicidio en otro lugar ni mediante otros métodos. ⁷ Las investigaciones sugieren que las personas en riesgo de suicidio a menudo muestran una ambivalencia extrema sobre el deseo de morir o vivir y expresan un alto grado de sufrimiento. Los relatos de los supervivientes de un intento sugieren que muchas personas se sienten aliviadas por haber sobrevivido el intento y recuperan su deseo de vivir. ⁸ Este hecho resalta la oportunidad de intervenir y separar a la persona en riesgo de los medios letales para un intento de suicidio.
Hablar sobre el suicidio sembrará la semilla de pensamientos suicidas, aumentando el riesgo.	Se ha demostrado que hablar abiertamente sobre el suicidio y preguntar sobre el riesgo salva vidas. Alienta a las personas a buscar ayuda, promueve un sentido de pertenencia y conecta a las personas con la atención.

Las estrategias de prevención del suicidio deben desarrollarse y evaluarse continuamente utilizando datos e información para describir el comportamiento suicida que ocurre en la comunidad y para identificar factores que aumentan y disminuyen el riesgo entre los miembros de la comunidad.

Introducción

El suicidio es un serio desafío para la salud pública, que representa casi 800,000 muertes cada año en todo el mundo.⁹ En los Estados Unidos, el suicidio sigue siendo una de las 10 principales causas de muerte y se cobra el doble de vidas que el homicidio cada año. Las tasas de suicidio han permanecido relativamente inextricables a nivel nacional en los últimos 50 años, y aumentaron un 33 por ciento entre 1999 y 2017, de 10.5 a 14 por cada 100,000 estadounidenses.¹⁰ Se estima que por cada suicidio, hay aproximadamente 25 intentos de suicidio.¹¹ En los jóvenes de 15 a 24 años, pueden ocurrir hasta 200 intentos por cada muerte.¹²

Los pensamientos suicidas son más comunes. En 2017, por ejemplo, se estima que 9.8 millones de adultos a nivel nacional indicaron haber tenido pensamientos suicidas. Muchos menos (2.8 millones de adultos) hicieron planes para suicidarse, mientras que 1.3 millones de adultos intentaron suicidarse.¹³

Más allá de su profundo impacto en la persona, la familia, la comunidad y la sociedad, el suicidio representa un costo económico estimado de \$93.5 mil millones en pérdida de productividad y gastos médicos en los EE. UU.¹⁴ En California, el suicidio resultó en un promedio de \$1,085,227 por muerte en pérdida de productividad y gastos médicos en 2010.¹⁵ Esto no incluye el costo de otros comportamientos suicidas, como los intentos de suicidio que no resultaron en la muerte.

A nivel nacional y en California, el suicidio se ha convertido en una emergencia de salud pública que necesita innovaciones en múltiples niveles de prevención, en parte debido a tasas históricamente inextricables.¹⁶ Un enfoque de salud pública ofrece una promesa considerable para enfrentarse al desafío.¹⁷ Este enfoque busca aumentar la salud de la comunidad para reducir el riesgo experimentado por cada persona y, de la misma manera, aumentar la salud de cada persona para reducir el riesgo en la comunidad.¹⁸ Según este modelo, la salud individual está determinada por los entornos físicos, psicológicos, culturales y sociales en los que las personas viven, trabajan y van a la escuela.¹⁹

Aplicación del Modelo de Salud Pública para Prevenir el Suicidio

El Modelo de Salud Pública está compuesto por cuatro pasos repetitivos: 1) definir el problema; 2) identificar los factores que aumentan o disminuyen el riesgo; 3) desarrollar y evaluar intervenciones de prevención; y 4) implementar intervenciones y difundir los resultados para aumentar el uso de intervenciones efectivas. (Ver Imagen 1.) El Modelo de Salud Pública es un elemento clave del plan estratégico estatal de prevención del suicidio que se detalla en este documento.

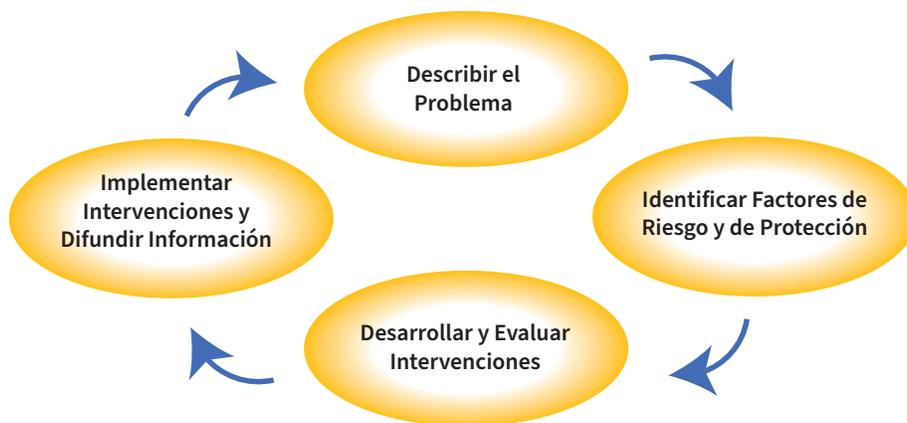


Imagen 1. Modelo de Salud Pública adaptado de la Prevención del suicidio: un imperativo global de la Organización Mundial de la Salud.

Plan Estratégico de California para la Prevención del Suicidio

La primera mitad del Plan Estratégico de California para la Prevención del Suicidio describe los objetivos, metas y acciones estratégicas necesarias para priorizar los esfuerzos de prevención del suicidio en todo el estado durante los próximos cinco años, con el objetivo final de no perder vidas por suicidio. Estas páginas detallan las tácticas, o pasos de "cómo hacerlo", que pueden ayudar a las comunidades de California a prevenir eficazmente el suicidio utilizando las mejores prácticas contemporáneas. La segunda mitad del plan describe los términos, la teoría, los desafíos y la evidencia relacionados con la entrega coordinada de los esfuerzos de prevención del suicidio. Finalmente, el documento concluye con un plan de trabajo de cinco años para implementar objetivos estatales que apoyen los esfuerzos locales y regionales.

Este documento se basa en múltiples esfuerzos continuados estatales y locales de prevención del suicidio. Como parte de esos esfuerzos, se han desarrollado muchos recursos para apoyar la implementación de las mejores prácticas en la prevención del suicidio. Se pueden encontrar más de 100 informes, seminarios web, anuncios, carteles y recursos de campañas públicas de prevención de suicidios en el Centro de Recursos de Each Mind Matters en <http://emmresourcecenter.org>.

Para Obtener Más Información o Recursos, Visite Estos Sitios:

- Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio | <http://www.sprc.org/>
- Each Mind Matters | <http://emmresourcecenter.org>
- Know the Signs | <https://www.suicideispreventable.org/>
- Línea Nacional de Prevención del Suicidio | www.suicidepreventionlifeline.org
- Alianza Nacional de Acción para la Prevención del Suicidio | <https://theactionalliance.org/>
Asociación Estadounidense de Suicidología | <https://suicidology.org/>
- Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio | <https://afsp.org/>

Los objetivos y metas estratégicos de Striving for Zero están destinados a enfocar el liderazgo estatal y a empoderar a los agentes de cambio locales para que tomen las medidas que se ha demostrado que pueden prevenir el suicidio.

Objetivos y Metas Estratégicos

El Plan Estratégico de California para la Prevención del Suicidio establece una base de prevención del suicidio dirigida por las mejores prácticas en beneficio de los colaboradores estatales y locales. Aumentar el uso de las mejores prácticas en la prevención del suicidio en todo el estado es un objetivo alcanzable. Pero la responsabilidad del éxito debe compartirse entre los colaboradores públicos y privados, y los esfuerzos deben ser impulsados por datos y recursos públicos y privados, incluidos los activos humanos y fiscales. La financiación estatal debería apoyar las áreas clave descritas en los pasos de acción del informe, que incluyen el establecimiento de liderazgo estatal, la entrega de asistencia técnica, el desarrollo de orientación y el fortalecimiento y la expansión de los sistemas de recopilación de datos y registro. Sin embargo, para garantizar la sostenibilidad, se debe hacer uso de otros activos públicos y privados y seguir ampliándolos continuamente.

Las siguientes páginas presentan una hoja de ruta para alinear los esfuerzos locales y regionales con las prioridades estatales para ofrecer las mejores prácticas en la prevención del suicidio. Las comunidades locales pueden comenzar a identificar ahora a líderes locales en salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias; formar coaliciones; e identificar datos e información para comprender y comunicar el problema del comportamiento suicida en sus comunidades. Luego, las comunidades pueden tomar los pasos siguientes en el Modelo de Salud Pública identificando los factores de riesgo y de protección; desarrollando intervenciones y llevando a cabo evaluaciones; y difundiendo las prácticas efectivas.

Colaboradores de Acción Clave

Para reducir el suicidio de manera efectiva, una amplia variedad de colaboradores debe comprometerse a integrar la prevención del suicidio en el liderazgo, los valores y el trabajo de sus organizaciones. Muchos ya están completamente comprometidos y están haciendo una diferencia; muchos otros tendrán que asumir nuevas responsabilidades para ayudar a reducir la pérdida, el dolor y el sufrimiento asociados con el suicidio. Los colaboradores de acción clave deben incluirse en la planificación y, cuando corresponda, en la implementación de los objetivos de prevención del suicidio.

A continuación se muestra una lista de los colaboradores de acción clave que son esenciales para *Striving for Zero*.

- Personas que han vivido experiencias con comportamientos suicida (supervivientes de muertes e intentos)
- Defensores, investigadores y proveedores que trabajan con grupos vulnerables (jóvenes, adultos mayores, veteranos, LGBTQ, prevención de violencia/armas de fuego)
- Sector empresarial (vendedores de armas, directores de funerarias, líderes de entretenimiento, representantes de medios de comunicación, otras empresas identificadas mediante la recopilación de datos)
- Forenses/Examinadores médicos
- Justicia penal y juvenil (profesionales, investigadores, líderes)
- Educación (administradores de escuelas, institutos y universidades, docentes, consejeros, personal)
- Comunidades religiosas (miembros y líderes)
- Familias (padres, cuidadores, otros considerados como familia)
- Personal de servicios de primera respuesta
- Salud, salud pública, salud mental y trastornos por abuso de sustancias (investigadores, líderes, proveedores, administradores)
- Comunidades tribales (líderes, curanderos tradicionales, defensores)

Componentes del Plan

Este plan sirve como guía estratégica para equipar a las comunidades locales con información sobre las mejores prácticas y sobre las áreas de enfoque con el mayor potencial para prevenir el suicidio. El plan se organiza utilizando los siguientes componentes:

- **Los objetivos estratégicos** son áreas amplias de enfoque para reducir los comportamientos suicidas.
- **Las metas** acompañan a cada objetivo estratégico para ayudar a los gobiernos, organizaciones comunitarias, proveedores y otros colaboradores a enfocar los esfuerzos de prevención del suicidio utilizando enfoques o intervenciones de las mejores prácticas. Estos esfuerzos se detallan en la sección de Mejores Prácticas en Prevención del Suicidio de este plan.
- **Los resultados deseados y las metas a corto plazo** se identifican bajo cada objetivo. La medición de los pasos graduales y del progreso hacia el logro de cada objetivo, mientras se monitorean los datos sobre suicidios, será fundamental.²⁰ Los resultados deseados, como la disminución de suicidios o de comportamientos suicidas, pueden o no ser el resultado directo de estrategias específicas y pueden tardar más de cinco años en alcanzarse. Las metas a corto plazo son resultados directos medibles de la implementación de objetivos estatales y locales, y se anticipa que se puedan lograr en menos de cinco años, o el término de este plan.
- **Los objetivos** a nivel estatal, regional y local se incluyen bajo cada objetivo y se enumeran para ayudar en la planificación. Se puede encontrar un plan de trabajo de cinco años para cada objetivo estatal a partir de la página 81.

Vista Rápida del Plan

El Plan Estratégico de California para la Prevención del Suicidio está enmarcado por cuatro objetivos estratégicos y 12 metas. Cada declaración de objetivos incorpora estrategias y enfoques de prevención del suicidio con el mayor potencial para prevenir el suicidio en comunidades de todo el estado. Vea las Mejores Prácticas en Prevención del Suicidio en la página 65 de este plan para obtener más detalles sobre las pruebas de efectividad.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1: ESTABLECER UNA INFRAESTRUCTURA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



- Meta 1: Mejorar el liderazgo visible y las colaboraciones en red
- Meta 2: Aumentar el desarrollo y la coordinación de los recursos de prevención del suicidio
- Meta 3: Avanzar en el monitoreo y en la evaluación de datos

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: MINIMIZAR EL RIESGO DE COMPORTAMIENTOS SUICIDAS PROMOVRIENDO ENTORNOS SEGUROS, RESILIENCIA Y CONECTIVIDAD



- Meta 4: Crear entornos seguros reduciendo el acceso a medios letales
- Meta 5: Empoderar a las personas, familias y comunidades para que busquen ayuda cuando surjan necesidades de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias
- Meta 6: Aumentar la conexión entre las personas, los miembros de la familia y la comunidad
- Meta 7: Aumentar el uso de las mejores prácticas para informar sobre suicidios y promover el uso saludable de las redes sociales y la tecnología

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: AUMENTAR LA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DEL RIESGO DE SUICIDIO Y LA CONEXIÓN A SERVICIOS EN FUNCIÓN DEL RIESGO



- Meta 8: Aumentar la detección y las evaluaciones para conectar a las personas con los servicios
- Meta 9: Brindar servicios de crisis continuamente dentro del condado y entre los condados

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: MEJORAR LOS SERVICIOS Y APOYOS RELACIONADOS CON EL SUICIDIO



- Meta 10: Ofrecer las mejores prácticas en atención dirigida al riesgo de suicidio
- Meta 11: Garantizar la continuidad de la atención y el seguimiento después de los servicios relacionados con el suicidio
- Meta 12: Ampliar los servicios de apoyo después de una pérdida por suicidio



OBJETIVO ESTRATÉGICO 1:

ESTABLECER UNA INFRAESTRUCTURA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO



1

OBJETIVO
ESTRATÉGICO

META 1: MEJORAR EL LIDERAZGO VISIBLE Y LAS COLABORACIONES EN RED

Resultado Deseado  Mayor conciencia y sostenibilidad del suicidio como una prioridad de salud pública prevenible.

Meta a Corto Plazo  Para 2025, el liderazgo estatal fomenta la prevención del suicidio como una prioridad de salud pública, y todos los condados tienen líderes y coaliciones comprometidos en los esfuerzos de prevención del suicidio.

Objetivos Estatales

Objetivo 1a Establecer un liderazgo centralizado y visible a nivel estatal mediante la creación de la Oficina de Prevención del Suicidio dentro del Departamento de Salud Pública de California para proporcionar una orientación estratégica, brindar asistencia técnica, desarrollar y coordinar capacitaciones, monitorear datos, realizar evaluaciones a nivel estatal y difundir información para avanzar en el progreso estatal.

Objetivo 1b Involucrar a colaboradores públicos y privados mediante la creación del Consejo de Prevención del Suicidio de California para avanzar en los esfuerzos de prevención del suicidio con la planificación estratégica y la difusión de las mejores prácticas en sus respectivos sectores.

Objetivos Locales y Regionales

Objetivo 1c Establecer un liderazgo para proporcionar una dirección clara para los esfuerzos de prevención del suicidio y priorizar los objetivos con el máximo impacto. El liderazgo para la prevención del suicidio puede provenir de una coalición, un grupo de trabajo o de agencias u organizaciones de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias.

Objetivo 1d Identificar a los líderes que puedan abogar por la prevención del suicidio como una prioridad de la salud pública. Los líderes impulsan el progreso, desarrollan y mantienen relaciones con los colaboradores y ayudan a centrar la atención en la prevención del suicidio como una misión central cuando se enfrentan con prioridades en competencia.

Objetivo 1e Celebrar reuniones programadas regularmente para convocar a las partes interesadas, priorizar las actividades de prevención del suicidio en función de los datos y las aportaciones de la comunidad, aprovechar los recursos para crear capacidad en los sistemas y las comunidades/ regionalmente, y ampliar los servicios en función de la eficacia.

Objetivo 1f Formalizar una coalición de colaboradores públicos y privados para avanzar en los esfuerzos de prevención del suicidio al ser un "brazo de acción" para los líderes locales y regionales.²¹ Los líderes privados y públicos deberían reunirse para aprovechar su influencia para abogar por los esfuerzos priorizados en sus propios sectores.²² Dentro de las coaliciones, se deben crear subgrupos específicos según el sector o la estrategia para centrar la experiencia y mantener a los miembros activos y comprometidos.²³ El liderazgo local debería proporcionar a la coalición apoyo logístico constante, orientación estratégica, asistencia técnica y otra infraestructura.²⁴



1 OBJETIVO ESTRATÉGICO

META 2: AUMENTAR EL DESARROLLO Y LA COORDINACIÓN DE LOS RECURSOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Resultado Deseado  Incremento en la coordinación e integración de los recursos de prevención del suicidio a través de la planificación y colaboración entre diversos colaboradores y sistemas.

Meta a Corto Plazo  Para 2025, todos los condados están trabajando para priorizar la prevención del suicidio y están implementando iniciativas de prevención del suicidio, que podrían incluir actividades como establecer un sitio web dedicado que enumere los recursos locales de prevención del suicidio, formar coaliciones y crear planes estratégicos.

Objetivos Estatales

Objetivo 2a Acelerar el desarrollo y la gestión de los recursos de prevención del suicidio en las comunidades de California y apoyar la creación de capacidad para utilizar las mejores prácticas en la prevención del suicidio mediante la difusión de orientación y recursos.

Objetivo 2b Identificar oportunidades para integrar estrategias de prevención del suicidio en todos los sistemas y programas. El estado debería promover la comunicación y el intercambio de información entre colaboradores privados y públicos y proporcionar orientación sobre la incorporación de mensajes de prevención del suicidio en diversos entornos, estrategias y campañas de salud pública.

Objetivo 2c Alinear esfuerzos e inversiones para abordar múltiples formas de violencia que pueden compartir factores de riesgo y de protección con el suicidio, incluidas estrategias para reducir el trauma en la primera infancia.

Objetivos Locales y Regionales

Objetivo 2d Desarrollar un plan de prevención del suicidio y una estrategia de implementación local para prevenir el comportamiento suicida a lo largo de la vida y para abordar las metas descritas en la estrategia del estado, además de abordar las necesidades locales. Los fondos asignados a los departamentos locales de salud del comportamiento en virtud de la Ley de Servicios de Salud Mental se pueden utilizar para planificar la prevención del suicidio, así como para desarrollar e implementar estrategias.

Objetivo 2e Esquematizar los activos locales y regionales en todos los sectores para coordinar los recursos y alinear las prioridades de financiamiento. Desarrollar datos que demuestren cómo las inversiones en estrategias específicas de prevención del suicidio podrían llevar a mejores resultados y a ahorros de costos en otras áreas, como los servicios de emergencia y la atención sanitaria. Los activos pueden incluir programas o características de la comunidad, como espacios comunitarios, parques o centros seguros y agradables. Los activos pueden mobilizarse a través de procesos de planificación que identifican las fortalezas comunitarias subutilizadas, como las estrategias de Desarrollo Comunitario basadas en Activos.²⁵

Objetivo 2f Documentar las funciones y responsabilidades de cada colaborador, y cualquier flujo de datos o financiamiento asociado con los colaboradores y su afiliación. Cada colaborador tiene un papel que desempeñar, y todos los colaboradores aportan potencial para innovar prácticas comunes.

Objetivo 2g Integrar estrategias de prevención del suicidio en los servicios existentes que se prestan a través de entornos, sistemas y programas locales. Los trabajadores de salud comunitarios y los proveedores de servicios en el hogar, por ejemplo, deberían estar capacitados para reconocer las señales de advertencia de suicidio y poder conectar a las personas en riesgo con los servicios de atención o crisis.

Objetivo 2h Aprovechar las colaboraciones a través de una coalición (ver Meta 1) para identificar metas de prevención compartidas en diversos entornos y comunidades, como educación, bienestar infantil, servicios sociales, atención sanitaria y justicia. Estos colaboradores pueden compartir metas con la prevención del suicidio para reducir el riesgo y aumentar los factores de protección, como la creación de comunidades seguras y activas para reducir el aislamiento social. Se puede aprovechar todo para reducir el comportamiento suicida y cumplir otros objetivos para la promoción de la salud y el bienestar.



1
OBJETIVO
ESTRATÉGICO

META 3: AVANZAR EN EL MONITOREO Y EN LA EVALUACIÓN DE DATOS

Resultado Deseado  Incremento en el uso de datos estandarizados para guiar la política y planificación estatal y local de prevención del suicidio, la gestión de recursos y la inversión.

Meta a Corto Plazo  Para 2025, el 80 por ciento de todas las muertes por suicidio se ingresan electrónicamente en el Sistema de Registro de Muertes Violentas de California y las comunidades están utilizando datos agregados oportunos disponibles al público para fortalecer las estrategias de prevención del suicidio.

Objetivos Estatales

Objetivo 3a Establecer sistemas de registro electrónicos centralizados para capturar datos relacionados con las muertes por suicidio y el comportamiento suicida. Los sistemas deberían incluir datos demográficos, como raza/etnia, edad, sexo, identidad de género y orientación sexual, así como la pertenencia a grupos vulnerables, como el servicio militar y las mujeres en el período perinatal y posparto. Se deberían utilizar procedimientos de codificación uniformes.

Objetivo 3b Desarrollar una agenda de monitoreo y evaluación de datos sobre muertes por suicidio y comportamientos suicidas, que incluya elementos de datos que documenten intentos de suicidio interrumpidos o abortados e intervenciones de servicios de crisis ("datos de salvados") que resultaron en la disminución del deseo y la intención de morir por suicidio. La agenda debería incluir una orientación para apoyar el intercambio estatal y local de información y datos, incluidos métodos para compartir información confidencial entre diversos colaboradores al tiempo que se respetan las leyes de privacidad y seguridad estatales y federales.

Objetivo 3c Estandarizar políticas y procedimientos para investigar y reportar el suicidio como causa de muerte. Deberían incluir definiciones uniformes de suicidio, así como protocolos para trabajar con supervivientes de pérdidas por suicidio e informar a los funcionarios de salud en el contexto de un grupo de suicidios. Dichos protocolos deberían incluir requisitos claros sobre cómo se determina la causa de muerte, cómo se llevan a cabo las investigaciones y cómo se comunica la información, y por quién, dentro de un cierto plazo después de la muerte. Los procedimientos también deberían incluir la capacitación en los métodos para minimizar la clasificación errónea y acelerar el registro a tiempo.

Objetivos Locales y Regionales

Objetivo 3d Usar datos e información locales para definir el problema del comportamiento suicida, identificar factores que aumentan o disminuyen el riesgo de suicidio, desarrollar intervenciones, realizar evaluaciones y difundir prácticas efectivas de prevención.

Objetivo 3e Usar los datos de muertes e intentos de suicidio para evaluar la proporción de comportamiento suicida que resulta en muerte. Los resultados deberían utilizarse para identificar a grupos de alto riesgo, proporcionarles estrategias selectivas de prevención y enfocar los recursos en estrategias específicas de restricción de medios letales.

Objetivo 3f Considerar el uso de equipos de revisión de muertes para la revisión clínica y forense de muertes por suicidio. Los miembros del equipo deberían incluir a representantes de médicos forenses y examinadores médicos, fuerzas de seguridad, expertos en la materia y otras personas que tengan acceso legal a información confidencial. Los datos compilados por el equipo deberían utilizarse para apoyar los objetivos de prevención utilizando el Modelo de Salud Pública.

Objetivo 3g Colaborar con médicos forenses, examinadores médicos y representantes del departamento de salud local para identificar y eliminar las barreras a la hora de registrar electrónicamente los datos de muertes por suicidio en el Sistema de Registro de Muertes Violentas de California. El esfuerzo debería permitir el acceso a datos para fortalecer la prevención del suicidio, al tiempo que se establecerían políticas y procedimientos para proteger la privacidad.

Objetivo 3h Usar encuestas comunitarias anónimas para llenar los vacíos de datos. Por ejemplo, las personas con violencia no fatal autodirigida pueden no buscar atención médica después de la lesión, reduciendo así la cantidad de dichos registros.²⁶ Comunicar que hay ayuda disponible enumerando o mostrando los recursos de prevención del suicidio directamente en la encuesta.

Objetivo 3i Establecer relaciones con institutos y universidades locales e identificar la capacidad de investigación para apoyar las metas de prevención del suicidio locales y estatales.



OBJETIVO ESTRATÉGICO 2: MINIMIZAR EL RIESGO DE COMPORTAMIENTOS SUICIDAS PROMOVRIENDO ENTORNOS SEGUROS, RESILIENCIA Y CONECTIVIDAD



2
OBJETIVO
ESTRATÉGICO

META 4: CREAR ENTORNOS SEGUROS REDUCIENDO EL ACCESO A MEDIOS LETALES

Resultado Deseado  Disminución de suicidios y de visitas hospitalarias iniciales y posteriores por autolesiones intencionales.

Meta a Corto Plazo  Para 2025, todos los condados están utilizando datos e información para desarrollar e implementar estrategias específicas para la restricción de medios letales para prevenir el comportamiento suicida y están midiendo la efectividad.

Objetivos Estatales

Objetivo 4a Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de crear entornos seguros reduciendo el acceso a medios letales.

Objetivo 4b Monitorear las tendencias a nivel estatal en los medios letales utilizados para el comportamiento suicida y desarrollar una estrategia estatal de asistencia técnica para ampliar los esfuerzos para reducir el acceso a los medios letales identificados.

Objetivo 4c Difundir información sobre los fondos federales disponibles para apoyar las barreras de suicidio en el diseño o rediseño de puentes y otros lugares donde pueden ocurrir muertes por suicidio.

Objetivos Locales y Regionales

Objetivo 4d Usar el Modelo de Salud Pública para evaluar el riesgo e identificar los métodos de comportamiento suicida utilizados por los miembros de la comunidad y por grupos demográficos específicos (como raza/etnia, edad, orientación sexual e identidad de género) y grupos culturales para guiar el desarrollo de los esfuerzos de prevención focalizada. Una vez identificados, desarrollar estrategias de restricción de medios a medida y evaluar el impacto.

Objetivo 4e Promover métodos seguros de desecho de medicamentos en la comunidad o a través de farmacias y otros proveedores de atención sanitaria, incluidas actividades como campañas de "recuperación" dirigidas por los departamentos locales de salud pública que ayudan a las personas a deshacerse de los medicamentos no utilizados o caducados. Colaborar con farmacias locales para aumentar la disponibilidad de métodos para deshacerse de los medicamentos no utilizados y resaltar los recursos de prevención de suicidio y sobredosis para las personas que recogen las recetas.

Objetivo 4f Difundir información a los propietarios de tiendas de armas y de campos de tiro locales para aumentar la conciencia sobre los esfuerzos de prevención del suicidio, las señales de advertencia de suicidio y los recursos disponibles. Colaborar con entrenadores locales de seguridad de armas de fuego para incorporar la concienciación sobre la prevención del suicidio en los entrenamientos. Invitar a los propietarios de tiendas de armas y de campos de tiro locales a unirse a coaliciones locales. Colaborar con las fuerzas de seguridad para guiar la difusión de las opciones legales para transferir temporalmente armas de fuego para su almacenamiento en tiempos de crisis suicidas o cuando haya órdenes de restricción por violencia con armas.²⁷ Los recursos para apoyar esta estrategia se pueden encontrar aquí: <https://emmresourcecenter.org/resources/suicide-prevention-gun-shop-activity>.

Objetivo 4g Difundir información a los colaboradores de la comunidad a través de los departamentos de salud locales sobre los recursos, métodos y medicamentos disponibles para la prevención de sobredosis para contrarrestar la sobredosis, como la naloxona para la sobredosis por opiáceos.

Objetivo 4h Formar grupos de trabajo regionales y locales compuestos por miembros de la comunidad, personal de primera respuesta, representantes de transporte, médicos forenses y examinadores médicos y proveedores de servicios de crisis para identificar lugares específicos en la comunidad que se usan con frecuencia para el suicidio, o aquellos que proporcionan oportunidades para el suicidio.

- Estos lugares pueden estar en el entorno construido o sitios naturales. Los tipos de lugares comunes incluyen edificios, puentes y vías férreas. Las características que las comunidades deben considerar al identificar los sitios son lugares que brindan la oportunidad a una persona en riesgo de caerse desde una altura y sitios desde los cuales la caída posicionaría a una persona frente a un vehículo en movimiento, como un tren. Más de un suicidio en un lugar debería causar preocupaciones de seguridad.
- Una vez que se identifican los lugares, desarrollar e implementar planes para construir barreras para disuadir o impedir caídas. Considerar los beneficios y los riesgos de instalar letreros que muestren los recursos de los servicios de crisis, como la información de la línea directa de prevención de suicidios, y proporcionar mensajes positivos que reafirmen la vida. Un riesgo, por ejemplo, podría ser llamar la atención de las personas en riesgo a un lugar en particular.

Objetivo 4i Crear acuerdos entre las autoridades locales de puentes y ferrocarriles, el personal de primera respuesta y los proveedores de servicios de crisis para recopilar datos que documenten los eventos en los que se evitó la caída de personas, los servicios que recibieron y los resultados. Incluir los requisitos de información, como informes bianuales o trimestrales.



2 OBJETIVO ESTRATÉGICO

META 5: EMPODERAR A LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES PARA QUE BUSQUEN AYUDA CUANDO SURJAN NECESIDADES DE SALUD MENTAL Y DE TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Resultado Deseado  Aumentar la utilización de servicios de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias y reducir la necesidad desatendida de salud del comportamiento según lo evaluado por la Encuesta de Entrevista de Salud de California.

Meta a Corto Plazo  Para 2025, todos los condados tienen proveedores de apoyo capacitados en prevención del suicidio integrados en servicios y programas locales de participación y difusión.

Objetivos Estatales

Objetivo 5a Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de empoderar a las personas, familias y comunidades para que busquen ayuda cuando surjan necesidades de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias.

Objetivo 5b Integrar los programas de aprendizaje socioemocional en los planes de educación públicos y privados para fortalecer las habilidades de comunicación y resolución de problemas, la regulación emocional y las habilidades de resolución de conflictos entre niños y jóvenes.

Objetivos Locales y Regionales

Objetivo 5c Identificar las necesidades de la comunidad y ampliar los servicios basados en la comunidad para controlar los factores estresantes y desarrollar la resiliencia, que pueden incluir habilidades de afrontamiento, pensamiento crítico, manejo del estrés, resolución de conflictos y habilidades para la resolución de problemas. Ampliar los servicios basados en la comunidad para incluir actividades que aumenten las habilidades para la vida, incluidas las prácticas de consciencia, pensamiento crítico, manejo del estrés, resolución de conflictos, resolución de problemas y habilidades de afrontamiento; adaptar las actividades según el grupo de edad y el entorno, y de acuerdo a cómo los diferentes grupos experimentan y mitigan el estrés. Los modelos culturales de suicidio pueden aclarar cómo la cultura afecta las experiencias de los factores estresantes, el significado cultural de los factores estresantes y cómo las diferentes culturas expresan el comportamiento suicida.²⁸

Objetivo 5d Ampliar las estrategias de difusión y participación para promover la salud del comportamiento y los servicios y recursos comunitarios. Para hacer esto, es necesario identificar las barreras a las que se enfrentan los miembros de la comunidad para buscar servicios para las necesidades de salud del comportamiento y desarrollar estrategias para hacer que los servicios sean más accesibles, convenientes y culturalmente respetuosos para aumentar la probabilidad de que las personas busquen y se mantengan conectadas con dichos servicios.

Objetivo 5e Colaborar con organizaciones y empresas de la comunidad para ampliar la conciencia sobre las señales de advertencia de suicidio y los recursos de prevención. Coordinar las campañas de concienciación sobre la prevención del suicidio con otras campañas de marketing social diseñadas para reducir el estigma y la discriminación de la salud mental y reducir las amenazas relevantes para la seguridad pública, como el uso indebido de medicamentos o prácticas inseguras de almacenamiento de armas.

Objetivo 5f Ampliar los servicios para aumentar los conocimientos sobre salud mental a lo largo de la vida, animar a las personas a buscar ayuda para las necesidades de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias, y promover mensajes de esperanza de que se pueden salvar vidas del suicidio.

Objetivo 5g Desarrollar una red de proveedores de apoyo entre pares para ayudar a las personas a navegar por los sistemas de atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias. Los proveedores de apoyo de pares son personas que han vivido experiencias con comportamientos suicidas o necesidades de salud del comportamiento. Evaluar la importancia de garantizar la congruencia cultural entre las personas que han vivido experiencias y el público al que se dirigen, como jóvenes que ayudan a jóvenes o veteranos que ayudan a veteranos. Garantizar que los pares jóvenes tengan un acceso claro y fácil a adultos que puedan ayudarlos a analizar sus opciones. Crear un ciclo de retroalimentación transparente para animar a los proveedores de apoyo de pares a identificar formas en que los sistemas de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias puedan responder mejor a las personas en riesgo de suicidio.



2
OBJETIVO
ESTRATÉGICO

META 6: AUMENTAR LA CONEXIÓN ENTRE LAS PERSONAS, LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

Resultado Deseado  Aumento en la conexión escolar informada entre estudiantes de escuelas públicas en los grados 7, 9 y 11 según lo evaluado por la Encuesta de Niños Sanos de California

Meta a Corto Plazo  Para 2025, todos los condados tienen estrategias de prevención del suicidio que incluyen servicios basados en la comunidad destinados a reducir el aislamiento social y fortalecer las relaciones entre las personas y sus familias, amigos y cuidadores, y están midiendo la efectividad de los servicios.

Objetivos Estatales

Objetivo 6a Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de aumentar la conexión entre las personas, los miembros de la familia y la comunidad.

Objetivo 6b Identificar y promover oportunidades para fomentar relaciones positivas y de apoyo.

Objetivos Locales y Regionales

Objetivo 6c Aumentar los servicios destinados a construir vínculos positivos entre niños, jóvenes, sus familias, otros adultos y apoyos sociales en su comunidad para aumentar el sentido de pertenencia, fortalecer un sentido de identidad y valor personal, y proporcionar acceso a fuentes más amplias de apoyo. El apoyo social se puede encontrar en escuelas, comunidades religiosas, centros culturales y otras organizaciones comunitarias.

- Adaptar las estrategias para responder a las necesidades en función de la edad y la cultura. Por ejemplo, crear grupos de apoyo social, dirigidos por veteranos o miembros del servicio militar activos, que permitan a los miembros del servicio militar compartir sus experiencias de manera segura; difundir números de teléfono de ayuda basados en la conversación dirigidos a adultos mayores para reducir los sentimientos de aislamiento y soledad; y utilizar métodos de comunicación relevantes para una población de edad avanzada, como la publicidad en entornos de atención médica o en los medios de comunicación tradicionales.

Objetivo 6e Promover una cultura libre de estigma y discriminación al permitir un diálogo abierto sobre la salud mental y los recursos de salud mental, y al entregar mensajes de apoyo de esperanza y recuperación para las personas con necesidades de salud mental y trastornos por abuso de sustancias. Establecer políticas y métodos de aplicación para crear culturas que apoyen estilos de vida saludables y entornos que sean positivos y que eviten la violencia, incluido el acoso y la discriminación.

Objetivo 6f Identificar oportunidades para integrar estrategias de prevención del suicidio en los servicios destinados a reducir otras formas de violencia, como el maltrato de niños y ancianos. Estas formas de violencia pueden compartir factores de riesgo y de protección con el comportamiento suicida. Por ejemplo, reducir el estrés interpersonal y enseñar habilidades de resolución de conflictos a las familias en riesgo tiene el potencial de aumentar la sensación de conexión y proteger contra el suicidio.

Objetivo 6g Colaborar con organizaciones comunitarias para crear y promover oportunidades de voluntariado para aumentar la conexión y un sentido de propósito.



2
OBJETIVO
ESTRATÉGICO

META 7: AUMENTAR EL USO DE LAS MEJORES PRÁCTICAS PARA INFORMAR SOBRE SUICIDIOS Y PROMOVER EL USO SALUDABLE DE LAS REDES SOCIALES Y LA TECNOLOGÍA

Resultado Deseado  Reducir los eventos que se denominan "grupos de suicidios", cuando ocurren varios suicidios dentro de un período de tiempo o en lugar en particular, especialmente entre los jóvenes.

Meta a Corto Plazo  Para 2025, todos los condados están llevando a cabo actividades para aumentar el conocimiento de las mejores prácticas para informar sobre el suicidio a los colaboradores de los medios de comunicación locales. Las actividades podrían incluir ofrecer sesiones informativas, publicar información en línea y celebrar sesiones informativas.

Objetivos Estatales

Objetivo 7a Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de aumentar el uso de las mejores prácticas a la hora de informar sobre los suicidios y promover el uso saludable de las redes sociales y la tecnología.

Objetivo 7b Aumentar la conciencia de las mejores prácticas para informar sobre suicidios colaborando con asociaciones y organizaciones de periodismo para difundir información y recursos a periodistas y colaboradores de los medios de comunicación.

Objetivo 7c Integrar en el plan de estudios universitario de periodismo las mejores prácticas para informar sobre el suicidio a través de diversas formas de medios y entretenimiento.

Objetivo 7d Identificar y difundir las mejores prácticas de uso de las redes sociales y la tecnología para mejorar el bienestar, desestigmatizar las necesidades de salud mental y aumentar la búsqueda de ayuda para servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias.

Objetivos Locales y Regionales

Objetivo 7e Identificar a colaboradores de la industria del entretenimiento y los medios de comunicación y ofrecer capacitación sobre las pautas de las mejores prácticas para informar sobre el suicidio. Identificar a los agentes y portavoces locales de información pública, incluido el personal de primera respuesta y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, y ofrecer capacitación sobre las mejores prácticas de comunicación después de un suicidio.

Objetivo 7f Difundir información que se encuentra en línea en <http://reportingonsuicide.org/> y <http://suicidepreventionmessaging.org/> a miembros de los medios de comunicación (reporteros, editores y productores) sobre cómo se confiere el riesgo y para mejorar la comprensión de las pautas que apoyan la prevención del suicidio a gran escala. Los recursos para apoyar esta estrategia se pueden encontrar aquí: <https://emmsresourcecenter.org/resources/making-headlines-guide-engaging-media-suicide-prevention-california>.

Objetivo 7g Colaborar con miembros de los medios de comunicación para difundir información sobre recursos, animar a las personas a que busquen ayuda para las necesidades de salud mental y los trastornos por abuso de sustancias, y reducir el estigma y la discriminación que pueden impedir que las personas accedan a servicios y apoyos. Los medios de entretenimiento incluyen el cine, la televisión, los podcasts, la música y el teatro.

Objetivo 7h Difundir información sobre cómo las personas pueden expresar efectivamente el riesgo de suicidio en varios sitios de redes sociales y resaltar los recursos de las redes sociales para identificar e informar en cuanto a inquietudes sobre el contenido. La mayoría de los sitios de redes sociales ahora tienen un método para informar sobre contenido alarmante.

Objetivo 7i Integrar en las campañas públicas y en el plan de estudios de salud y salud mental en las escuelas las mejores prácticas para desarrollar hábitos saludables en las redes sociales y utilizar las redes sociales de una manera que promueva la conectividad para reducir el aislamiento.

Objetivo 7j Minimizar la circulación de información errónea mediante la creación de estrategias de comunicación para su uso en caso de suicidio, incluidos los acuerdos preexistentes con los colaboradores de los medios de comunicación. Incluir una estrategia formal para gestionar la información en las redes sociales más utilizadas y monitorear las publicaciones de otros relacionadas con la muerte por suicidio en redes sociales.



OBJETIVO ESTRATÉGICO 3: MEJORAR LA IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DEL RIESGO DE SUICIDIO Y AUMENTAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS EN FUNCIÓN DEL RIESGO



3

OBJETIVO ESTRATÉGICO

META 8: AUMENTAR LA DETECCIÓN Y LA EVALUACIÓN PARA CONECTAR A LAS PERSONAS CON LOS SERVICIOS EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Resultado Deseado  Disminución del comportamiento suicida y aumento de la conexión a los servicios en función del riesgo.

Meta a Corto Plazo  Para 2025, todas las personas evaluadas en entornos de atención sanitaria por suicidio están conectadas a los servicios necesarios para reducir el riesgo y aumentar los factores que protegen contra el suicidio, y reciben intervenciones breves (si corresponde).

Objetivos Estatales

Objetivo 8a Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de aumentar la detección y evaluación para conectar a las personas con los servicios en función del riesgo de suicidio.

Objetivo 8b Adoptar la Iniciativa Zero Suicide en los sistemas de atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias.

Objetivo 8c Ampliar los recursos para apoyar a los proveedores de servicios de salud para aumentar el acceso y la conexión a los servicios de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias y a servicios de apoyo culturalmente apropiados para aquellas personas que hayan sido identificadas como que necesitan dichos servicios. Esta estrategia incluye a proveedores en entornos penitenciarios.

Objetivo 8d Aumentar la capacitación estandarizada que se ofrece a los proveedores de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias en las mejores prácticas de evaluación y gestión del riesgo de suicidio. Mejorar la evaluación y la gestión uniforme del riesgo de suicidio en entornos de atención sanitaria para alinearse con las directrices de la Comisión Conjunta y la Iniciativa Zero Suicide. Dichos entornos incluyen centros penitenciarios estatales y locales.

Objetivo 8e Invertir en tecnología para sistemas que atiendan la salud, la salud mental y los trastornos por abuso de sustancias para mejorar la evaluación y la gestión uniforme del riesgo de suicidio. Las metas incluyen identificar a las personas en riesgo y clasificar a las personas en riesgo para que reciban los servicios apropiados y un apoyo culturalmente apropiado.

Objetivos Locales y Regionales

Objetivo 8f Ofrecer capacitación sobre la prevención del suicidio a las personas que están en posición de identificar señales de advertencia de suicidio y derivar a las personas en riesgo a servicios de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias y a un apoyo culturalmente apropiado. Apoyar a los guardianes juveniles identificando a adultos de confianza que puedan ayudarlos con los próximos pasos una vez que se identifique a un joven como en riesgo. Ofrecer a las personas la oportunidad de reforzar los conocimientos y las habilidades adquiridas durante la capacitación a través de sesiones periódicas de refuerzo. Desarrollar la capacidad y sostenibilidad para la capacitación de prevención del suicidio en todos los sistemas utilizando modelos de capacitación para instructores o capacitaciones en línea basadas en pruebas.

- Considerar la intensidad de la capacitación necesaria y ofrecer una variedad de sesiones para ampliar la capacidad y satisfacer la variedad de demanda. Por ejemplo, en un entorno escolar, los docentes, administradores y otro personal escolar pueden recibir breves capacitaciones sobre la concienciación de la prevención del suicidio. Los docentes seleccionados, especialmente aquellos que dirigen grupos de jóvenes, y los consejeros pueden recibir capacitaciones intensivas centradas en cómo realizar intervenciones breves.

Objetivo 8g Examinar a las personas que acuden a los entornos de atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias para determinar el riesgo de suicidio y ofrecer las mejores prácticas en la evaluación y la gestión del riesgo de suicidio a aquellos que están en riesgo. Dichos entornos incluyen centros penitenciarios estatales y locales.

- Las evaluaciones de suicidio pueden realizarse después de haber obtenido resultados positivos en otras herramientas de detección. Por ejemplo, las pruebas de detección específicas para el riesgo de suicidio deben realizarse cuando se han obtenido resultados positivos de depresión, ansiedad, trauma, dolor físico y problemas con el consumo de alcohol, drogas y alimentos. Las evaluaciones integrales de riesgo de suicidio se realizan después de las pruebas de detección.
- La Comisión Conjunta recomendó el uso de herramientas de detección y evaluación que incluyen lo siguiente: Herramientas de Detección Ask Suicide (ASQ, por sus siglas en inglés) del Instituto Nacional de Salud Mental; Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS, por sus siglas en inglés) Versión de Clasificación; Cuestionario de Salud del Paciente 9 (PHQ-9, por sus siglas en inglés) Escala de Depresión; Cuestionario Revisado de Comportamiento de Suicidio; Escala de Ideación Suicida-Peor; y la Escala de Ideación Suicida de Beck.²⁹

Objetivo 8h Integrar las mejores prácticas en la evaluación y gestión del riesgo de suicidio en los entornos y flujos de trabajo de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias. Crear políticas y procedimientos uniformes para hacer que las pruebas de detección, las evaluaciones y la toma de decisiones formen parte de la rutina. Aclarar los métodos de facturación de los servicios.

Objetivo 8i Ofrecer capacitación a los colaboradores de acción clave para realizar pruebas de detección de suicidios en entornos comunitarios cuando se identifica a una persona que exhibe señales de advertencia o que comunica un deseo de morir. La Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio se ha adaptado para satisfacer las necesidades de diversos entornos y poblaciones y se puede acceder a ella de forma gratuita aquí: <https://cssrs.columbia.edu/>.

Objetivo 8j Capacitar al personal de primera respuesta y a otro personal que patrulle o monitoree los lugares de la comunidad utilizados para el comportamiento suicida, como puentes y vías férreas. La capacitación debería incluir cómo identificar las señales de advertencia, usar técnicas de desescalado y difundir información sobre recursos locales para la prevención del suicidio, incluidos los números de las líneas directas de crisis. Considerar la posibilidad de emparejar al personal de primera respuesta con proveedores capacitados de los servicios de salud del comportamiento o de crisis para realizar intervenciones, si es necesario.



3 OBJETIVO ESTRATÉGICO

META 9: BRINDAR SERVICIOS DE CRISIS CONTINUAMENTE DENTRO DEL CONDADO Y ENTRE LOS CONDADOS

Resultado Deseado  Aumento de la conexión con los servicios comunitarios para las personas que experimentan comportamientos suicidas y para sus familias y cuidadores.

Meta a Corto Plazo  Para 2025, el 80 por ciento de todos los proveedores de servicios de crisis están capacitados en prevención de suicidios y están derivando a personas en peligro a servicios comunitarios en base a evaluaciones de riesgo.

Objetivos Estatales

Objetivo 9a Desarrollar e implementar una estrategia para coordinar la prestación de servicios de crisis, incluida una evaluación de la infraestructura actual de servicios de crisis y la financiación pública y privada para los servicios.

Objetivo 9b Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de promover servicios de crisis continuos dentro del condado y entre los condados.

Objetivo 9c Crear estándares uniformes para las líneas directas de suicidio y crisis en el estado, incluyendo estándares para la capacitación y las competencias básicas de los que responden a las llamadas; protocolos para el monitoreo del desempeño y el control de calidad; y procedimientos para hacer derivaciones a servicios, incluidos los servicios de emergencia.

Objetivos Locales y Regionales

Objetivo 9d Evaluar la continuidad de los servicios de crisis disponibles a través de recursos públicos y privados e identificar brechas en la continuidad, como líneas cálidas para reducir la soledad y el aislamiento y líneas de acceso para conectar a las personas con los recursos locales. Identificar posibles fuentes de financiamiento dentro de cada región del estado.

Objetivo 9e Promover el uso de servicios de crisis como alternativa a la hospitalización y como un recurso para apoyar a las personas que están pasando por un momento difícil, promocionando números de líneas directas de crisis y de líneas cálidas y otros métodos. Ofrecer capacitación en prevención del suicidio a todos los proveedores de dichos servicios.

Objetivo 9f Difundir información sobre los recursos de servicios de crisis disponibles a los colaboradores de atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias. Animar a dichos colaboradores a incluir servicios de crisis en los planes de seguridad desarrollados a través de una alianza entre colaboradores y personas en riesgo.

Objetivo 9g Crear memorandos de entendimiento entre los sistemas de atención y los servicios de crisis comunitarios para dar seguimiento a las personas que salen de los sistemas de atención, incluidos los protocolos para proteger la confidencialidad de las personas en riesgo. Los sistemas de atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias deberían tener protocolos establecidos para obtener el consentimiento de las personas en riesgo y poder darles cuidados de seguimiento. Para coordinar los esfuerzos, documentar métodos claros de comunicación entre los proveedores de servicios de crisis y otros sistemas, tales como correccionales comunitarios, bienestar infantil y servicios para veteranos.



OBJETIVO ESTRATÉGICO 4: MEJORAR LOS SERVICIOS Y APOYOS RELACIONADOS CON EL SUICIDIO



4
OBJETIVO
ESTRATÉGICO

META 10: OFRECER LAS MEJORES PRÁCTICAS EN ATENCIÓN DIRIGIDA AL RIESGO DE SUICIDIO

Resultado Deseado  Disminución del comportamiento suicida según lo medido por datos de autolesiones intencionales indicados por los hospitales.

Meta a Corto Plazo  Para 2025, el 50 por ciento de los proveedores con licencia de salud mental y trastornos por abuso de sustancias han recibido una capacitación estandarizada en las mejores prácticas de evaluación y gestión del riesgo de suicidio y en intervenciones específicas para la prevención del suicidio.

Objetivos Estatales

Objetivo 10a Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de ofrecer las mejores prácticas en atención dirigida al riesgo de suicidio.

Objetivo 10b Crear un proceso para certificar a proveedores capacitados en proporcionar las mejores prácticas en la evaluación y gestión del riesgo de suicidio y en intervenciones específicas para la prevención del suicidio. La certificación podría incluir requisitos mínimos de educación, capacitación y educación continuada, y debería incluir un proceso de revisión y aprobación. Esta estrategia incluye a proveedores en entornos penitenciarios.

Objetivo 10c Crear una estrategia para aumentar la capacidad de la fuerza laboral de los proveedores de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias para prestar servicios relacionados con el suicidio.

Objetivos Locales y Regionales

Objetivo 10d Ampliar el uso de proveedores de telesalud y telemedicina con capacitación en las mejores prácticas de tratamientos relacionados con el suicidio, especialmente en las comunidades rurales, para mejorar el acceso a tiempo a la atención dirigida al riesgo de suicidio.

Objetivo 10e Promover la planificación de la seguridad solicitando a los proveedores de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias que registren los planes de seguridad en los sistemas de registros médicos electrónicos y permitiendo que las personas puedan acceder a los planes a través de portales de uso común.³⁰

Objetivo 10f Crear un directorio público local en línea que enumere los proveedores que ofrecen tratamientos relacionados con el suicidio y que incluya información sobre la elegibilidad del seguro y los criterios para nuevos clientes.

Objetivo 10g Colaborar con los sistemas y proveedores de atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias para mejorar la prestación de servicios y apoyos a los cuidadores y familiares de las personas que están saliendo de los entornos de atención después de recibir servicios por comportamiento suicida. Los esfuerzos deben priorizar la seguridad y abordar las brechas de servicio. Las personas en riesgo deben ser los principales encargados de tomar decisiones para definir las redes de apoyo y el papel que desempeña cada miembro de la red en la creación de seguridad y recuperación.

Objetivo 10h Difundir información a los cuidadores y familiares sobre cómo apoyar a una persona en riesgo sirviendo como un recurso identificado por la persona en la planificación de la seguridad; cómo reducir los riesgos de seguridad ambiental promoviendo la seguridad de los medios, especialmente en el hogar; y cómo ayudar a controlar los comportamientos dañinos derivados de las necesidades subyacentes de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias, como el aumento en el consumo de alcohol o drogas.



4
OBJETIVO
ESTRATÉGICO

META 11: GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y EL SEGUIMIENTO DESPUÉS DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL SUICIDIO

Resultado deseado  Reducir el comportamiento suicida posterior entre las personas que reciben el alta de los departamentos de emergencia y los entornos hospitalarios después de recibir servicios relacionados con el suicidio.

Meta a corto plazo  Para 2025, antes de recibir el alta de los departamentos de emergencias y los entornos hospitalarios después de recibir servicios relacionados con el suicidio, todas las personas crean un plan de cuidados de seguimiento y contacto a lo largo de un período de 12 meses o más, según sea necesario.

Objetivos estatales

Objetivo 11a Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de garantizar la continuidad de la atención y el seguimiento después de los servicios relacionados con el suicidio.

Objetivo 11b Establecer un programa para ofrecer capacitación en asesoría de restricción de medios letales a los proveedores de atención sanitaria, y distribuir cajas de seguridad y candados para armas y medicamentos a los hospitales, con distribución prioritaria a las familias y cuidadores de personas que son dadas de alta después de un intento de suicidio.

Objetivo 11c Garantizar que se sigan las mejores prácticas para la continuidad de la atención después del alta tras recibir servicios relacionados con el suicidio en los departamentos de emergencias y entornos hospitalarios, incluido el uso rutinario y estandarizado de tarjetas de seguimiento, mensajes de texto y correos electrónicos.

Objetivos Locales y regionales

Objetivo 11d Aumentar el uso de registros de salud electrónicos para documentar la transición segura de una persona a otro proveedor y garantizar la transmisión de información que le puede salvar la vida, al tiempo que se protege la privacidad de la persona.

Objetivo 11e Facilitar las transiciones de atención seguras y a tiempo proporcionando conexiones con proveedores ambulatorios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias que sean cultural y lingüísticamente apropiados, servicios de crisis, planificación de seguridad o planificación de respuesta a crisis, y reduciendo el acceso a medios letales.

Objetivo 11f Distribuir entre los administradores de departamentos de emergencias las guías *Caring for Adult Patients with Suicide Risk: A Consensus Guide for Emergency Departments* que se encuentra en http://www.sprc.org/sites/default/files/EDGuide_full.pdf, junto con la guía *Quick Guide for Clinicians* que se encuentra en http://www.sprc.org/sites/default/files/EDGuide_quickversion.pdf, para aumentar la conciencia sobre las prácticas de alta segura para las personas que han recibido servicios relacionados con el suicidio.

Objetivo 11g Capacitar a los proveedores de atención sanitaria para que ofrezcan asesoramiento en cuanto a medios letales a los familiares y cuidadores que apoyan a las personas que reciben el alta de un entorno de atención sanitaria después de un comportamiento suicida.

Objetivo 11h Difundir información sobre el asesoramiento en cuanto a medios letales a proveedores de atención sanitaria en todos los entornos hospitalarios. Priorizar a los proveedores que prestan servicios principalmente a los grupos en riesgo o que trabajan en entornos de alto riesgo, como los departamentos de emergencias. Promover la capacitación en línea gratuita, como Asesoramiento sobre el Acceso a Medios Letales disponible en <https://training.sprc.org/>, y el uso de herramientas en línea, como <https://health.ucdavis.edu/what-you-can-do/>.

Objetivo 11i Crear políticas y procedimientos uniformes para la transición segura de personas o estudiantes de vuelta a la fuerza laboral y el hogar o la escuela después de un intento de suicidio, suicidio u hospitalización por una crisis de salud mental.

Objetivo 11j Crear políticas y procedimientos uniformes para conectar a las personas liberadas de los entornos penitenciarios que han sido identificadas como en riesgo de suicidio, o que estaban recibiendo servicios relacionados con el suicidio en prisión, con servicios apropiados en la comunidad. Incluir un proceso estandarizado para transferir datos e información confidenciales.

Objetivo 11k Crear políticas y protocolos uniformes para apoyar a los proveedores de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias en la creación o revisión de planes de seguridad para personas en riesgo. Los ejemplos incluyen procedimientos uniformes para establecer una conexión entre la persona y un nuevo proveedor; políticas que aseguran la entrega oportuna de información al nuevo proveedor; y políticas que aborden la importancia del seguimiento dentro de las primeras 24 a 48 horas después de la transición. Crear memorandos de entendimiento entre los proveedores locales de servicios de crisis para establecer relaciones con las personas antes del alta y garantizar el seguimiento después del alta.

Objetivo 11l Crear protocolos uniformes para asesorar a las personas dadas de alta de los departamentos de emergencia y hospitales después de recibir servicios relacionados con el suicidio sobre la restricción del acceso a medios letales. Las familias y los cuidadores deben incluirse en dicho asesoramiento.



4 OBJETIVO ESTRATÉGICO

META 12: AMPLIAR LOS SERVICIOS DE APOYO DESPUÉS DE UNA PÉRDIDA POR SUICIDIO

Resultado Deseado  Reducir la cantidad de tiempo entre una pérdida por suicidio y el acceso a servicios de duelo diseñados específicamente para satisfacer las necesidades de los supervivientes de pérdida por suicidio.

Meta a Corto Plazo  Para 2025, todos los condados tienen políticas y procedimientos escritos para respuestas coordinadas, oportunas y respetuosas por parte de los proveedores de servicios después de una pérdida por suicidio, incluidos acuerdos formales con médicos forenses y examinadores médicos locales para apoyar el inicio de los servicios.

Objetivos Estatales

Objetivo 12a Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de expandir los servicios de apoyo después de una pérdida por suicidio.

Objetivo 12b Evaluar y ampliar los recursos efectivos disponibles para los supervivientes de pérdida por suicidio y desarrollar la capacidad en todo el estado para brindar servicios apropiados y respetuosos después de una pérdida por suicidio. Los recursos deberían incluir información y capacitación para los proveedores de servicios de duelo sobre temas específicos del suicidio y sobre el duelo particular de la pérdida por suicidio.

Objetivo 12c Garantizar una posvención por escrito - una respuesta planificada para la prestación de servicios después de un suicidio - se desarrollan, adoptan y difunden políticas y procedimientos al personal en todos los entornos donde las personas reciben servicios y apoyos de salud mental y trastornos por abuso de sustancias.

Objetivos Locales y Regionales

Objetivo 12d Desarrollar un plan de servicios de posvención integrado para guiar la prestación con las mejores prácticas después de una pérdida por suicidio. El plan debe adaptar las estrategias a los entornos y culturas, incluidas las escuelas, los lugares de trabajo, las comunidades religiosas, los hospitales y los entornos de atención sanitaria, las comunidades tribales y los centros penitenciarios. El plan debe identificar a una agencia u organización líder responsable de garantizar la capacidad, la capacitación y la efectividad adecuadas en la prestación de servicios que apoyen a los supervivientes, proveedores de servicios y miembros de la comunidad después de una pérdida por suicidio. Celebrar acuerdos que contengan roles y procedimientos claramente definidos para aumentar la efectividad de las respuestas coordinadas, como procedimientos para compartir información y datos privados según el rol de cada proveedor. Los recursos para guiar la creación de una respuesta de posvención comunitaria se pueden encontrar aquí: <https://www.cibhs.org/pod/after-rural-suicide>.

Objetivo 12e Desarrollar un grupo de herramientas de duelo en línea que conste de recursos específicos de la comunidad. Colaborar con hospitales, personal de primera respuesta, directores de funerarias, comunidades religiosas y médicos forenses y examinadores médicos para distribuir el grupo de herramientas de manera impresa o mediante enlaces web. Los recursos para apoyar la participación de los directores de funerarias en esta estrategia se pueden encontrar aquí: <https://www.sprc.org/resourcesprograms/help-hand-supporting-survivors-suicide-loss-guide-funeral-directors>.

Objetivo 12f Capacitar al personal de primera respuesta, a los proveedores de servicios de crisis y a los que responden a las líneas de acceso en cuanto a las mejores prácticas para apoyar a los supervivientes de pérdida por suicidio, desde comprender sus necesidades únicas hasta ayudarlos a acceder a los recursos.

Objetivo 12g Crear programas locales de apoyo al duelo por suicidio o ampliar la capacidad y la sostenibilidad de los programas existentes utilizando *Pathways to Purpose and Hope*, que se encuentra en <https://emmresourcecenter.org/resources/pathways-purpose-and-hope-guide-creating-sustainable-suicide-bereavement-support-program>.

Objetivo 12h Ampliar los servicios de apoyo diseñados y facilitados por supervivientes de pérdida por suicidio. Capacitar a los supervivientes de la pérdida por suicidio para que hablen de manera segura y efectiva sobre su pérdida y cree una oficina local de oradores para ofrecer un foro para que los supervivientes envíen mensajes de prevención del suicidio al público. Proporcionar capacitación a los facilitadores de servicios para supervivientes de pérdida por suicidio y crear oportunidades para que los facilitadores de servicios se apoyen mutuamente, incluyendo sesiones informativas de grupo.

Objetivo 12i Firmar memorandos de entendimiento con médicos forenses y examinadores médicos para establecer respuestas coordinadas, oportunas y respetuosas después de una pérdida por suicidio, y establecer políticas y protocolos para gobernar las actividades en caso de suicidio. Los componentes deberían incluir cómo se comparte la información, y con quién, y cómo se respeta la privacidad de las familias, incluido un proceso para determinar cómo y cuándo comunicarse con los miembros de la familia para ofrecerles recursos y apoyo. Esta estrategia incluye a personas que mueren por suicidio en entornos penitenciarios u hospitalarios.



Striving for Zero incorpora las investigaciones científicas más recientes sobre el suicidio y su prevención y las experiencias y percepciones de las comunidades de California.

Desarrollo del Plan

Con el Proyecto de Ley 114 de la Asamblea (Capítulo 38, Estatutos de 2017), la Legislatura de California ordenó a la Comisión de Supervisión y Responsabilidad de los Servicios de Salud Mental que desarrollara un plan estratégico estatal de prevención del suicidio. La Comisión comenzó el trabajo a principios de 2018 formando un Subcomité de Prevención del Suicidio, que incluía a las Comisionadas Tina Wooton (Presidenta), Khatera Tamplen y Mara Madrigal-Weiss.

Participación de la Comunidad y Visitas a los Sitios

La Comisión organizó una serie de reuniones y eventos para ayudar a los miembros a comprender mejor los desafíos en la prevención del suicidio y para identificar oportunidades de mejora. Las reuniones fueron diseñadas para involucrar a los californianos en una discusión sobre el suicidio y su prevención y para garantizar que la planificación estatal reflejara la diversidad cultural, étnica, lingüística y económica única del estado. Las reuniones, abiertas al público, querían incorporar una amplia gama de perspectivas para apoyar el desarrollo de conocimientos compartidos para avanzar en la planificación estratégica. Visite www.mhsoac.ca.gov para obtener una lista completa de actividades de participación comunitaria y resúmenes de eventos.

El Subcomité celebró reuniones en los condados de Fresno, Sacramento, San Diego y Shasta para escuchar presentaciones sobre iniciativas locales de prevención del suicidio y explorar con los miembros de la comunidad los desafíos y oportunidades que rodean a la prevención del suicidio. De estas reuniones surgieron varias áreas de prioridad: la urgencia de la identificación temprana del riesgo de suicidio; la necesidad de mejores métodos para reducir el aislamiento; la falta de acceso a servicios apropiados; y la importancia de aprovechar las colaboraciones para crear capacidad. En dos audiencias públicas, la Comisión exploró estos y otros problemas con supervivientes de pérdida por suicidio e intento de suicidio, proveedores, investigadores y otros expertos en la materia, y escuchó recomendaciones para cerrar las brechas en la recopilación de datos, la prestación de servicios y la capacitación y educación.

La Comisión también convocó talleres y foros diseñados para reunir las perspectivas de las comunidades afectadas por el suicidio de una manera que no está bien documentada por datos, grupos como los jóvenes, el personal de primera respuesta y las personas de orígenes culturales diversos. Un hallazgo común de estos eventos fue que los esfuerzos de prevención del suicidio son más efectivos cuando son específicos para la cultura e incluyen la planificación y la prestación por parte de personas del grupo en riesgo. Además, el personal del proyecto participó en el Desafío del Alcalde de la Ciudad de Los Ángeles para Prevenir el Suicidio,³¹ y escuchó los comentarios de los miembros del Grupo de Trabajo sobre Políticas de Salud Mental Estudiantil del Departamento de Educación de California, Servicios de Salud de los Indígenas, Junta de Salud Rural para Indígenas de California y muchas otras organizaciones.

La Comisión también visitó varios sitios para explorar las oportunidades para la prevención del suicidio. Entre ellos se incluyeron el Centro de Salud Rancheria y el Centro de Asesoramiento y Recuperación en el Condado de Shasta, el Hospital para Niños Benioff UCSF en el Condado de Alameda y el Puente Golden Gate.

Investigación y Consulta de Expertos en la Materia

Como parte de su investigación para este informe, el personal del proyecto se reunió con líderes locales y nacionales en la prevención del suicidio. El personal trabajó con representantes de los departamentos de la Agencia de Salud y Servicios Humanos de California, así como con otros colaboradores gubernamentales y privados. Estos incluían a funcionarios de salud mental, trastornos por abuso de sustancias, salud pública, fuerzas de seguridad y educación, así como representantes de fundaciones, organizaciones sin fines de lucro, la industria de la salud y otras empresas. El personal también habló con líderes nacionales de la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio, la Iniciativa Nacional Zero Suicide, la Alianza Nacional de Acción para la Prevención del Suicidio, el Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de EE. UU., y Suicide Awareness Voices of Education. El personal participó en una reunión nacional de expertos en salud del comportamiento y prevención del suicidio y asistió a una capacitación sobre la Iniciativa Zero Suicide.

Finalmente, la Comisión realizó una revisión crítica de las últimas investigaciones sobre las mejores prácticas de prevención del suicidio y consultó los marcos nacionales y mundiales para prevenir el suicidio, que incluyen:

- La Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio de 2012, desarrollada por el Director General de Salud Pública de los EE. UU. y la Alianza Nacional de Acción para la Prevención del Suicidio
- Acción de Salud Pública para la Prevención del Suicidio: Un Marco (2012) y Prevención del Suicidio: Una Iniciativa Global (2014) de la Organización Mundial de la Salud
- Prevención del Suicidio: Un Paquete Técnico de Políticas, Programas y Prácticas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

La Comisión contrató a expertos en contenido de la Universidad de Stanford para proporcionar orientación técnica sobre investigación y mejores prácticas en suicidología y estrategia de salud pública. La suicidóloga Dra. Rebecca Bernert dirigió el equipo de asesores técnicos, que incluyó a los Dres. Keith Humphreys y Shashank V. Joshi.

Plan Anterior de Prevención del Suicidio

El desarrollo de este plan de prevención del suicidio incluyó una revisión del plan anterior del estado. En septiembre de 2006, el gobernador Arnold Schwarzenegger ordenó al antiguo Departamento de Salud Mental que desarrollara un plan estratégico de prevención del suicidio a nivel estatal. Fue aprobado por la Oficina del Gobernador el 30 de junio de 2008, pero muchas de las recomendaciones no se implementaron completamente. El nuevo plan retiene gran parte de lo que se propuso, con mejores prácticas actualizadas en restricción de medios, atención sanitaria y monitoreo y evaluación de datos. Los avances clave dirigidos por el plan anterior, algunos de los cuales se implementaron parcialmente, se destacan brevemente a continuación.

Liderazgo

El plan de 2008 requería una oficina estatal dedicada para proporcionar coordinación y colaboración en todo el estado. La Oficina de Prevención del Suicidio fue establecida por el Departamento de Salud Mental, pero fue transferida y reorganizada en el Programa de Prevención del Suicidio después de que se cerrara el departamento en 2012.³² El programa se encuentra actualmente dentro del Departamento de Servicios de Salud.³³ Desde entonces, las funciones básicas de la oficina, como convocar reuniones regionales, difundir recursos a los enlaces de prevención de suicidios del condado y coordinar actividades de prevención de suicidios para avanzar en los objetivos del plan, han finalizado.

Orientación para Políticas y Prácticas

Las actividades locales de prevención del suicidio se han expandido desde 2008, en gran medida a través del financiamiento con fondos de la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA, por sus siglas en inglés). Una parte de los fondos está dirigida a la prevención de las consecuencias de las necesidades de salud mental no cubiertas, incluido el suicidio. Los departamentos de salud del comportamiento del condado utilizan estos fondos para reducir los factores de riesgo para las necesidades de salud mental a través de "programas de prevención" y "programas de intervención temprana", e iniciando esfuerzos de prevención del suicidio que evitan que el suicidio sea una consecuencia de las necesidades de salud mental.³⁴ Los departamentos locales de salud del comportamiento invirtieron más de 13 millones de dólares durante el año fiscal 2016-2017 en actividades de prevención del suicidio, incluidas líneas directas de prevención del suicidio, capacitación de guardianes, detección de depresión para adultos mayores y servicios de apoyo a supervivientes de pérdida por suicidio.³⁵

Varios condados tienen planes de prevención del suicidio y grupos de trabajo locales o colaboraciones con socios multidisciplinarios que trabajan juntos para prevenir el suicidio. Los condados con planes locales incluyen Contra Costa, Fresno, Kings, San Diego, San Mateo, Santa Clara, Solano, Tulare y Tuolumne. Los condados que tienen colaboraciones locales incluyen Contra Costa, Fresno, Kings, Los Ángeles, Napa, Nevada, San Diego, San Mateo, Shasta, Solano, Tulare, Tuolumne y Ventura. Otros condados, como Marin, Santa Cruz y Stanislaus, están en la fase de planificación. Por ejemplo, el Condado de Stanislaus recibió la aprobación para usar los fondos de Innovación de MHSA para usar principios de impacto colectivo para desarrollar un plan local de prevención del suicidio, pero no tiene un plan en marcha en este momento.³⁶

Las escuelas públicas de California con estudiantes en los grados siete al 12 deben desarrollar una "Política de Prevención del Suicidio para los Alumnos". La política debe crearse consultando a las partes interesadas de la escuela y de la comunidad, a los profesionales de salud mental empleados por la escuela y a los expertos en prevención del suicidio, y debe incluir procedimientos relacionados con la prevención, intervención y posvención del suicidio. Todas las políticas debían estar vigentes para el año escolar 2017-2018. Una revisión realizada en 2018 por el Proyecto Trevor comprobó que el 86 por ciento de las escuelas que deben tener planes los han implementado, lo cual deja a aproximadamente 69 escuelas sin planes.³⁷

Los funcionarios penitenciarios locales y estatales han realizado cambios significativos en los esfuerzos de prevención del suicidio en entornos de custodia. Se requiere que cada centro penitenciario local tenga un programa integral de prevención del suicidio para identificar, monitorear y prestar servicios a las personas en riesgo de suicidio.³⁸ El programa debe incluir capacitación para la prevención del suicidio,

pruebas de detección durante el ingreso, procesos para facilitar la coordinación entre el personal y los proveedores de atención sanitaria, consideraciones de alojamiento para reducir el acceso a medios letales, supervisión, requisitos de informes y un proceso de revisión administrativa para el suicidio y el comportamiento suicida.³⁹ Los cambios a las regulaciones vigentes a partir del 1 de julio de 2020 requieren que todos los funcionarios penitenciarios y de libertad provisional reciban de dos a cuatro horas de capacitación en prevención del suicidio.⁴⁰

En 2017, el Auditor del Estado de California presentó un informe pidiendo una mayor transparencia del suicidio y el intento de suicidio en los centros penitenciarios estatales.⁴¹ Al año siguiente, se aprobó una legislación para exigir que el Departamento de Correcciones y Rehabilitación de California presente a la Legislatura un informe anual sobre los esfuerzos del departamento para prevenir el suicidio y los intentos de suicidio entre los reclusos.⁴² El departamento debe incluir el progreso hacia las metas de realizar evaluaciones de riesgos, impartir capacitación al personal para la prevención del suicidio y reducir los factores de riesgo asociados con el suicidio, entre otros objetivos.⁴³ No existe un esfuerzo estatal para evaluar estos cambios.

Mejoras en la Capacitación y en la Fuerza Laboral

Otra meta del plan de 2008 era desarrollar e implementar mejoras en la capacitación y en la fuerza laboral para prevenir el suicidio. La legislación aprobada en 2017 requería que los psicólogos con licencia recibieran no menos de seis horas de capacitación para la evaluación e intervención de riesgo de suicidio hasta el 2020.⁴⁴ Se aprobó una legislación adicional en 2018 para extender este requisito a los profesionales de salud mental con licencia de la Junta de Ciencias del Comportamiento.⁴⁵ Además del aumento de la capacitación para los clínicos, la Legislatura asignó 1.7 millones de dólares de financiación única general para la capacitación en línea sobre la prevención del suicidio para todos los estudiantes y el personal de las escuelas públicas de secundaria y preparatoria en California.⁴⁶ A pesar de estos avances críticos, aún existe la necesidad de capacitación estandarizada guiada por las mejores prácticas. Finalmente, la legislación aprobada en 2018 requiere que los profesionales de la salud con licencia que brinden atención prenatal o posparto examinen a los clientes para determinar si tienen necesidades de salud mental y requiere que los planes de salud creen programas de salud mental para madres.⁴⁷ Sin embargo, no existe ningún requisito para evaluar o gestionar el riesgo de suicidio si se identifican necesidades de salud mental.

Asistencia Técnica

El plan de 2008 describía la necesidad de asistencia técnica, como el establecimiento de colaboraciones regionales de aprendizaje, orientación de capacitación, un centro de intercambio de información en línea y apoyo continuo para los esfuerzos locales de prevención del suicidio. La Comisión aprobó una financiación única de MHS de 40 millones de dólares a lo largo de cuatro años para infraestructura en todo el estado, como un centro de intercambio de información sobre las mejores prácticas para ayudar en los esfuerzos de capacitación y asistencia técnica, así como un sistema de línea directa para el suicidio, que beneficiaría a todos los condados.⁴⁸ Esa inversión resultó en varias iniciativas administradas por la Autoridad de Servicios de Salud Mental de California, algunas de las cuales aún siguen funcionando.⁴⁹ Estas iniciativas crearon redes regionales centradas en la colaboración y el desarrollo de mejores prácticas y brindaron capacitación en prevención del suicidio. También produjeron campañas de marketing

en redes sociales y colaboraron con centros de crisis para expandir el alcance cultural y lingüístico competente, la capacidad tecnológica para chatear y enviar mensajes de texto, y una mejor recopilación de datos de las líneas de crisis.⁵⁰ Entre el trabajo hecho posible por esta inversión se encuentran la Campaña Know the Signs, el programa y concurso de películas Directing Change, y la Red de Prevención del Suicidio de California.

La Campaña Know the Signs es una iniciativa de marketing social para educar a los californianos sobre cómo reconocer las señales de advertencia de suicidio, cómo hablar con alguien en crisis y cómo acceder a los servicios.⁵¹ La campaña también trabaja con miembros de los medios de comunicación para promover la coherencia en las recomendaciones nacionales a la hora de informar sobre los suicidios en las noticias. Directing Change es un programa y concurso de películas en California diseñado para involucrar a los estudiantes en la creación de películas para promover conversaciones positivas sobre la salud mental y la prevención del suicidio.⁵² Por último, la Red de Prevención del Suicidio de California se estableció para centralizar las actividades estatales de prevención del suicidio, reducir el estigma asociado con el suicidio y aumentar el acceso a la atención para las personas que están en riesgo de suicidio.⁵³ La red también produjo métricas comunes para evaluar las líneas directas de prevención de suicidios: los datos demográficos de las personas que llaman, el motivo de la llamada, el volumen de llamadas y el riesgo de suicidio de la persona que llama.⁵⁴

Evaluación de Líneas Directas de Suicidio

El paso siguiente identificado en el plan de 2008 era evaluar el estado de la cobertura y la acreditación para las líneas directas de prevención del suicidio.⁵⁵ El Departamento de Servicios de Salud recibió instrucciones en 2016 para realizar una evaluación integral de las líneas directas de suicidio y recomendar estrategias de financiación para garantizar que las líneas directas tengan los recursos adecuados para satisfacer la demanda.⁵⁶ El departamento preparó un informe que documentaba la estructura, la capacidad y la financiación de las líneas directas de suicidio acreditadas por la Asociación Estadounidense de Suicidología en todo el estado.⁵⁷ El informe destacó la necesidad de un sistema estatal de líneas directas de suicidio, pero también afirmó que la falta de datos impedía que el departamento pudiera determinar los fondos necesarios para satisfacer la necesidad.⁵⁸ A partir de 2019, una financiación de MHSa de 4.3 millones de dólares al año, junto con fondos locales y privados, apoyan a los 11 Centros Nacionales de Líneas Directas de Prevención del Suicidio de California.⁵⁹

Revisión Pública

El borrador del plan estratégico estatal de prevención del suicidio se publicó por primera vez para someterlo al comentario público el 3 de julio de 2019. El Subcomité recibió comentarios escritos y verbales antes de presentar el plan a la Comisión para su consideración.

Nota Sobre el Plan

Este plan no incluye la muerte asistida por un médico, que a veces se conoce como suicidio asistido. En California, la Ley de Opción de Fin de Vida permite a los adultos calificados que tengan una enfermedad terminal solicitar medicamentos de ayuda para morir a su médico.⁶⁰

The image features a silhouette of a person sitting on a dark surface, looking out at a vast, dramatic sky filled with orange and purple clouds, suggesting a sunset or sunrise. A semi-transparent text box is centered in the upper half of the image.

El suicidio es un desafío complejo de salud pública que exige un enfoque integral que intervenga a lo largo de un continuo de riesgo, para que no haya "una puerta equivocada" para una persona necesitada.

Comportamiento Suicida: Definiciones, Teoría y Conceptos Clave para la Prevención

Los comportamientos suicidas existen en una amplia gama de riesgos e incluyen el deseo de morir; ideación suicida; planificación de intentos de suicidio; intentos de suicidio; y muerte por suicidio. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades utilizan el término *violencia autodirigida* para describir una variedad de comportamientos violentos que pueden ser mortales o no mortales, suicidas o no suicidas; el suicidio en sí mismo se define como "la muerte causada por un comportamiento perjudicial autodirigido con intención de morir como resultado del comportamiento".⁶¹ En este documento, se hace referencia a la violencia autodirigida suicida no mortal como "comportamiento suicida".

Definiciones de Violencia Autodirigida

La violencia autodirigida es un comportamiento autodirigido que da lugar deliberadamente a lesiones o la posibilidad de lesiones a uno mismo.⁶² El comportamiento puede ser no suicida o suicida.

La violencia autodirigida no suicida es un comportamiento autodirigido que da lugar deliberadamente a lesiones o la posibilidad de lesiones a uno mismo, sin que haya pruebas, implícitas o explícitas, de intención suicida.

La violencia autodirigida suicida es un comportamiento autodirigido que da lugar deliberadamente a lesiones o la posibilidad de lesiones a uno mismo, con pruebas, implícitas o explícitas, de intención suicida. La violencia autodirigida suicida incluye:

- **Intento suicida**, un comportamiento no mortal, autodirigido y potencialmente perjudicial con intención de morir como resultado del comportamiento. Un intento de suicidio puede o no provocar lesiones.
- **Intento de suicidio interrumpido o abortado**, un esfuerzo por lesionarse a sí mismo que es detenido por la persona que intenta autolesionarse o por otra persona antes de una lesión mortal. Esto puede ocurrir en cualquier momento durante el acto, como después del pensamiento inicial o después del inicio del comportamiento.
- **Actos preparatorios** o preparación para llevar a cabo un intento de suicidio, antes de que comience el daño potencial. Esto puede incluir cualquier acción más allá de una verbalización o pensamiento, como comprar un arma o prepararse para la muerte por suicidio regalando pertenencias.

El comportamiento suicida también puede incluir la ideación suicida, que se define como tener el deseo de morir o pensar en participar en comportamientos para morir.⁶³ La ideación suicida puede ser pasiva o activa.⁶⁴ Si es activa, la ideación suicida puede no ser específica, puede incluir un método pero no una intención ni un plan, puede incluir un método y una intención pero no un plan, y puede incluir un método, una intención y un plan.⁶⁵ En este documento, se hace referencia a la ideación suicida como comportamiento suicida, a menos que se especifique lo contrario.

Definiciones y Detección de Ideación Suicida

Dentro de la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio se describen cinco niveles de ideación suicida, que aumentan en severidad:⁶⁶

Deseo Suicida – La persona tiene el deseo de estar muerta o no viva, o el deseo de quedarse dormida y no despertarse.

Ideación Suicida (pensamientos) – Sin pensar en el método
Pensamientos no específicos sobre el suicidio o querer quitarse la vida, sin pensar en un método para intentarlo. Ejemplo: No vale la pena vivir.

Ideación Suicida: Incluye un método - Sin intención ni plan
No se ha preparado ningún plan específico que incluya tiempo, lugar o detalles sobre el método. Ejemplo: He pensado en salirme de la carretera con el carro o en una sobredosis, pero nunca en actuar de acuerdo con el pensamiento.

Ideación Suicida: Incluye un método y alguna intención - Pero sin plan
Pensamientos de un método para el intento, con alguna intención de actuar. Ejemplo: He pensado en salirme de la carretera con el carro y he pensado en actuar cuando estoy pasando por el peor momento.

Ideación Suicida: Incluye el método, la intención y el plan
Pensamientos de intento de suicidio con detalles sobre un plan y alguna intención de llevarlo a cabo. Ejemplo: He comenzado a elaborar planes sobre cómo tener una sobredosis y tengo la intención de llevarlo a cabo.

La Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio utiliza las siguientes preguntas para detectar la gravedad de la ideación suicida y se utiliza para respaldar las decisiones en cuanto a servicios y derivación en función del riesgo:

1. ¿Ha deseado estar muerto o quedarse dormido y no despertar?
2. ¿Ha pensado alguna vez en el suicidio?
3. ¿Ha pensado en cómo podría hacerlo? Por ejemplo: "He pensado en tomar una sobredosis, pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría ... y nunca lo llevaría a cabo".
4. Cuando tuvo esos pensamientos, ¿tenía alguna intención de llevarlos a cabo? A diferencia de "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no los voy a llevar a cabo".
5. ¿Ha comenzado a elaborar o ya tiene elaborados los detalles de cómo intentar suicidarse?
¿Tiene la intención de llevar a cabo este plan?

Consulte www.csssrs.columbia.edu para acceder a las medidas descargables diseñadas para entornos y grupos seleccionados.

Evaluación del Riesgo de Suicidio

El riesgo que plantea la ideación suicida varía según la intensidad, la duración y la dominancia de la ideación; la controlabilidad de los síntomas; las razones para vivir; y un historial de intentos de suicidio o autolesiones no suicidas anteriores.⁶⁷ Como resultado, la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio y otras medidas de evaluación priorizan la evaluación de la intensidad de la ideación suicida (por ejemplo, preguntar sobre la duración, la capacidad de control, los elementos disuasivos, los motivos de los pensamientos), así como la evaluación del comportamiento suicida (por ejemplo, un historial de intento de suicidio, intento interrumpido o abortado, comportamientos preparatorios y autolesión intencional sin deseo ni intención de morir).⁶⁸ La evaluación del riesgo de suicidio se describe más detalladamente en las secciones posteriores que revisan las mejores prácticas en la evaluación y gestión colaborativa del riesgo de suicidio. Las mejores prácticas en la evaluación y gestión del riesgo de suicidio utilizan un enfoque colaborativo y transparente para evaluar el riesgo de suicidio y respaldar la prestación de servicios adicionales, las derivaciones o la planificación de seguridad.⁶⁹

Teoría del Suicidio

El suicidio es un desafío complejo de salud pública que involucra muchos determinantes biológicos, psicológicos, sociales y culturales.⁷⁰ Varias teorías sobre por qué las personas mueren por suicidio buscan explicar cómo múltiples factores pueden aumentar el riesgo en el contexto de un profundo sufrimiento emocional. Según una teoría predominante, conocida como la Teoría Interpersonal del Suicidio, deben alinearse tres componentes para predecir el riesgo de suicidio o un intento de suicidio serio: sentimiento de no pertenencia, percepción de ser una carga para los demás y adquisición de capacidad para autolesiones mortales.⁷¹

Sentimiento de no Pertenencia y Percepción de ser una Carga para los Demás

La Teoría Interpersonal del Suicidio incluye dos componentes del deseo de morir por suicidio y depresión: “sentimiento de no pertenencia” y “percepción de ser una carga para los demás”.⁷² El sentimiento de no pertenencia se describe como un estado de “necesidad insatisfecha de pertenecer”.⁷³ Tanto la teoría como las extensas investigaciones indican que las personas tienen una necesidad fundamental de pertenecer y que, cuando esa necesidad se ve frustrada, aumenta el riesgo.⁷⁴ Un sentido de pertenencia puede aumentar en tiempos de celebración nacional y en tiempos de crisis nacional, como en tiempos de guerra. Una ilustración de esto involucró el cambio en la tasa nacional de suicidios diarios después de los ataques del 11 de septiembre de 2001.⁷⁵ En el año posterior a los ataques, las tasas de suicidio en comunidades enteras de EE. UU. mostraron una disminución sin precedentes, pero solo ese día, no en el período anterior o posterior.⁷⁶ Se observan resultados similares en tiempos de celebración nacional.⁷⁷ La percepción de ser una carga para los demás es la falsa creencia de que “mi muerte vale más que mi vida”.⁷⁸ El desempleo, los problemas de salud y el encarcelamiento son ejemplos de situaciones en las que una persona puede sentir que es una carga para los demás. Este hallazgo está en consonancia con las investigaciones empíricas que indican que estas situaciones aumentan el riesgo de suicidio.⁷⁹

Capacidad Adquirida

Los componentes descritos anteriormente son componentes modificables de la depresión y reflejan el deseo de morir. Pero la teoría propone que estos factores no predicen el riesgo por sí mismos. De hecho, la mayoría de las personas con depresión no mueren por suicidio. En cambio, la teoría sugiere que las personas están en mayor riesgo cuando estos componentes están presentes en combinación con una capacidad adquirida para autolesionarse, o "la capacidad de participar en comportamientos suicidas adquiridos a través de experiencias de vida que habitúan la tolerancia al dolor y la audacia ante la muerte".⁸⁰ Dichas experiencias pueden incluir la exposición al dolor físico, la violencia y las experiencias provocadoras de la vida, como el trauma infantil, presenciar un evento traumático, sufrir una enfermedad médica crónica o involucrarse en violencia autodirigida.⁸¹ La exposición indirecta al dolor y las lesiones de los demás también puede aumentar la capacidad adquirida, lo que aumenta el riesgo entre grupos como veteranos, médicos, enfermeras y personal de primera respuesta.⁸²

Los Medios son Importantes

Si bien la reducción del acceso a medios letales es un elemento central en los planes de prevención del suicidio a nivel mundial y nacional, sigue siendo poco conocida y subutilizada para reducir el suicidio en California.⁸³ El comportamiento suicida suele ser específico en cuanto al método, y la elección de los medios por parte de una persona depende de múltiples factores. Estos factores incluyen la letalidad, la accesibilidad y la aceptabilidad del método.⁸⁴ Eliminar o reducir el acceso a un método en particular durante una crisis crea tiempo para salvar vidas y oportunidades para la intervención.⁸⁵ Estas dinámicas son críticas porque las crisis que involucran comportamientos suicidas tienden a ser transitorias y se caracterizan por una ambivalencia extrema sobre el deseo de morir o mantenerse con vida.⁸⁶ Las investigaciones muestran que cuando el intento de una persona se ve frustrado, él o ella no muere por suicidio en otros lugares, a otras horas o mediante otros métodos.⁸⁷ Como tal, el período de tiempo entre los pensamientos de suicidio y la capacidad de una persona para obtener medios letales para un intento representa un enfoque práctico y salvavidas para prevenir el suicidio.⁸⁸

El acceso a armas, especialmente el acceso a armas en el hogar, es una consideración importante en la prevención del suicidio porque la mayoría de las personas que mueren por suicidio usan un arma de fuego.⁸⁹ Aunque la sobredosis de drogas es el método más común de intento de suicidio, las armas de fuego son las más letales.⁹⁰ Solo alrededor del 15 por ciento de las personas que intentan suicidarse con un arma de fuego sobreviven.⁹¹ El uso de un método altamente letal para morir por suicidio no indica necesariamente un mayor deseo de morir.⁹² La muerte por suicidio es el resultado de muchos factores contribuyentes, que incluyen, entre otros, la elección de los medios, la salud preexistente, las necesidades de salud mental, los trastornos por abuso de sustancias y el tiempo transcurrido antes del rescate o de la intervención médica. La letalidad de los medios aumenta con la edad y con el número de intentos de suicidio.⁹³

Recurso clave: www.meansmatter.org

Desafíos Inherentes e Innovaciones Emergentes

Debido a la naturaleza del suicidio, existen varias barreras inherentes para prevenirlo, lo que dificulta la implementación de esfuerzos integrales de prevención del suicidio.⁹⁴ Estos desafíos no son inmutables, pero superarlos requerirá un esfuerzo concertado.

El Estigma de la Salud Mental y el Suicidio

Los mitos y el estigma perjudiciales pueden desanimar a las personas a buscar ayuda, impedir que las personas comuniquen el riesgo de suicidio y dificultar la intervención y el acceso a los servicios. Si no se aborda, el estigma puede impedir la coordinación multidisciplinaria entre colaboradores de la industria, entornos y filosofías públicos y privados, y reducir la probabilidad de que la prevención del suicidio se incluya en las estrategias de salud pública.⁹⁵ Por ejemplo, aunque la mayoría de las muertes por arma de fuego ocurren por suicidio, la prevención del suicidio y la restricción de medios letales rara vez se mencionan en las campañas de seguridad de armas e iniciativas que promueven el almacenamiento seguro de armas.⁹⁶ El estigma también puede afectar la conciencia pública de los servicios o prácticas efectivas disponibles para prevenir el suicidio. El estigma también impide que las personas busquen ayuda para las necesidades de salud mental y está vinculado a las disparidades en la búsqueda de servicios para las necesidades de salud mental y el acceso a la salud.⁹⁷ Por ejemplo, es más probable que los hombres reciban servicios de salud mental en los departamentos de emergencias debido al estigma percibido asociado con recibir cuidados de salud mental. Comprender estas disparidades puede ayudar a identificar estrategias específicas para la prevención y la formación educativa.

Disparidades en el Acceso a la Atención Sanitaria

Tradicionalmente, el éxito de los servicios de prevención del suicidio ha dependido de que las personas en riesgo busquen los servicios que necesitan. Esta realidad representa una gran carga de responsabilidad para las personas que pueden estar en crisis, y ha persistido a pesar de la efectividad de los protocolos de detección para guiar la clasificación y la derivación.⁹⁸ Los servicios que abordan específicamente el riesgo de suicidio a menudo se limitan a entornos seleccionados, como un solo hospital comunitario, lo que limita la prestación de servicios integrados de atención sanitaria en todos los entornos.⁹⁹ La variabilidad en las prácticas clínicas puede obstaculizar la entrega de programas efectivos, y las comunidades rurales suelen experimentar escasez de servicios, especialmente para personas con necesidades complejas.¹⁰⁰

Aunque los tratamientos psicosociales para los comportamientos suicidas son efectivos, la falta de acceso a proveedores de atención especializada capacitados en dichos métodos puede limitar su uso generalizado.¹⁰¹ La cobertura de seguro también puede crear barreras para las personas que desean ver a especialistas, mientras que los factores culturales y de idioma plantean desafíos adicionales para las personas que buscan proveedores capaces de comprenderlos y que brinden atención que pueda reducir el riesgo de manera efectiva. Los entornos no médicos, como el lugar de trabajo o los centros comunitarios, pueden estar desaprovechados como oportunidades para conectar a las personas con los sistemas de atención. Estas limitaciones pueden impedir que los servicios y enfoques efectivos se extiendan por todo el estado, o incluso dentro de la misma comunidad.¹⁰² Las pautas uniformes para establecer vías visibles y de fácil acceso para acceder a los servicios tienen el potencial de cerrar esta brecha. Dichas pautas podrían incluir centros de recursos en línea centralizados, redes de derivación de proveedores con criterios de elegibilidad claramente descritos y protocolos estándar para las mejores prácticas a la hora de transferir llamadas de emergencia de salud mental respondidas por los operadores del 911 a unidades o equipos móviles de crisis.

Fallos de Detección

A pesar de los esfuerzos de detección, las personas en riesgo de suicidio pueden no ser identificadas y recibir los servicios que necesitan cuando los necesitan.¹⁰³ Este desafío puede abordarse mediante los esfuerzos de prevención del suicidio que se integran en sistemas completos para garantizar que las personas en riesgo no pasen inadvertidas. A nivel nacional, a partir del 1 de julio de 2019, todas las personas atendidas en entornos médicos por un diagnóstico primario o una queja primaria de una necesidad de salud del comportamiento, incluidas las atendidas en los departamentos de emergencias y en entornos ambulatorios, deben someterse a pruebas de detección de riesgo de suicidio.¹⁰⁴

Están en marcha otras iniciativas importantes de prevención del suicidio en la atención sanitaria. La Iniciativa Zero Suicide es un movimiento internacional hacia la transformación de sistemas dedicada a prevenir el suicidio dentro de los sistemas de salud, con herramientas y programas de capacitación gratuitos.¹⁰⁵ Los estudios muestran que la mayoría de los que mueren por suicidio interactúan con su médico y con el sistema de atención sanitaria en las semanas y meses previos a la muerte.¹⁰⁶ La Iniciativa Zero Suicide promueve un sistema de mejora continua de la calidad en el que los proveedores de servicios de salud y salud mental desarrollan políticas e implementan prácticas conocidas para prevenir el suicidio.¹⁰⁷ El potencial para eliminar el suicidio cuando se utilizan las mejores prácticas y los que están en riesgo están conectados de manera uniforme a los servicios basados en evidencia se ha demostrado a través del programa Perfect Depression Care del Sistema de Salud Henry Ford, en el que se basa la iniciativa.¹⁰⁸ Los elementos esenciales de la iniciativa son:

1. **Liderar** el cambio cultural de todo el sistema comprometido con la reducción de los suicidios
2. **Capacitar** a una fuerza laboral competente, segura de sí misma y atenta
3. **Identificar** a las personas con riesgo de suicidio en los entornos de atención a través de pruebas de detección exhaustivas
4. **Involucrar** a todas las personas en riesgo de suicidio utilizando un plan de gestión de atención para suicidios
5. **Tratar** los pensamientos y comportamientos de suicidio utilizando tratamientos basados en evidencia
6. **Realizar la transición** de las personas a través del sistema de atención con contactos cálidos y de apoyo
7. **Mejorar** las políticas y procedimientos a través de la mejora continua de la calidad

Las innovaciones recientes en tecnología también ofrecen esperanza para mejorar la detección del riesgo de suicidio, presentando oportunidades para una mayor precisión, así como una mayor sensibilidad de detección y una mejor clasificación de las personas en los servicios.¹⁰⁹ El aprendizaje automático es una forma de inteligencia artificial que permite a una computadora aprender patrones sin programación previa y diseñar algoritmos complejos para mejorar la precisión de la predicción.¹¹⁰ Los datos recopilados de manera rutinaria a través de registros de salud electrónicos pueden ser útiles para predecir futuros comportamientos suicidas.¹¹¹ Un algoritmo en un estudio de datos de ingreso hospitalario (edad, identidad de género, código postal, medicamentos e historial de diagnóstico, por ejemplo) mostró una precisión del 84 por ciento al predecir si alguien que fue atendido en el hospital por autolesión no suicida o intento de suicidio intentaría suicidarse en la semana siguiente.¹¹² El algoritmo mostró una precisión del 80 por ciento en la predicción para un período de dos años.¹¹³ Este tipo de modelo de predicción del suicidio se está desarrollando para su uso en grandes sistemas de salud, como el Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU. y Kaiser Permanente.¹¹⁴

El aprendizaje automático también está siendo utilizado por las empresas de redes sociales.¹¹⁵ Durante años, los usuarios de Facebook han tenido la capacidad de reportar publicaciones de amigos y familiares que creían que estaban en riesgo de suicidio. En respuesta a las publicaciones, el equipo de Operaciones Comunitarias de Facebook conecta al usuario de Facebook reportado con recursos. Facebook ha expandido sus esfuerzos de prevención del suicidio mediante el uso del aprendizaje automático para identificar la "expresión suicida" en las publicaciones de personas en riesgo mediante el monitoreo de las frases que usan o de los comentarios de familiares y amigos. Ya sea que el contenido sea reportado por amigos y familiares o por el aprendizaje automático, la respuesta es la misma: un miembro del equipo de Operaciones Comunitarias se comunica con la persona en riesgo y, en caso de emergencia, trabaja con el personal de primera respuesta.

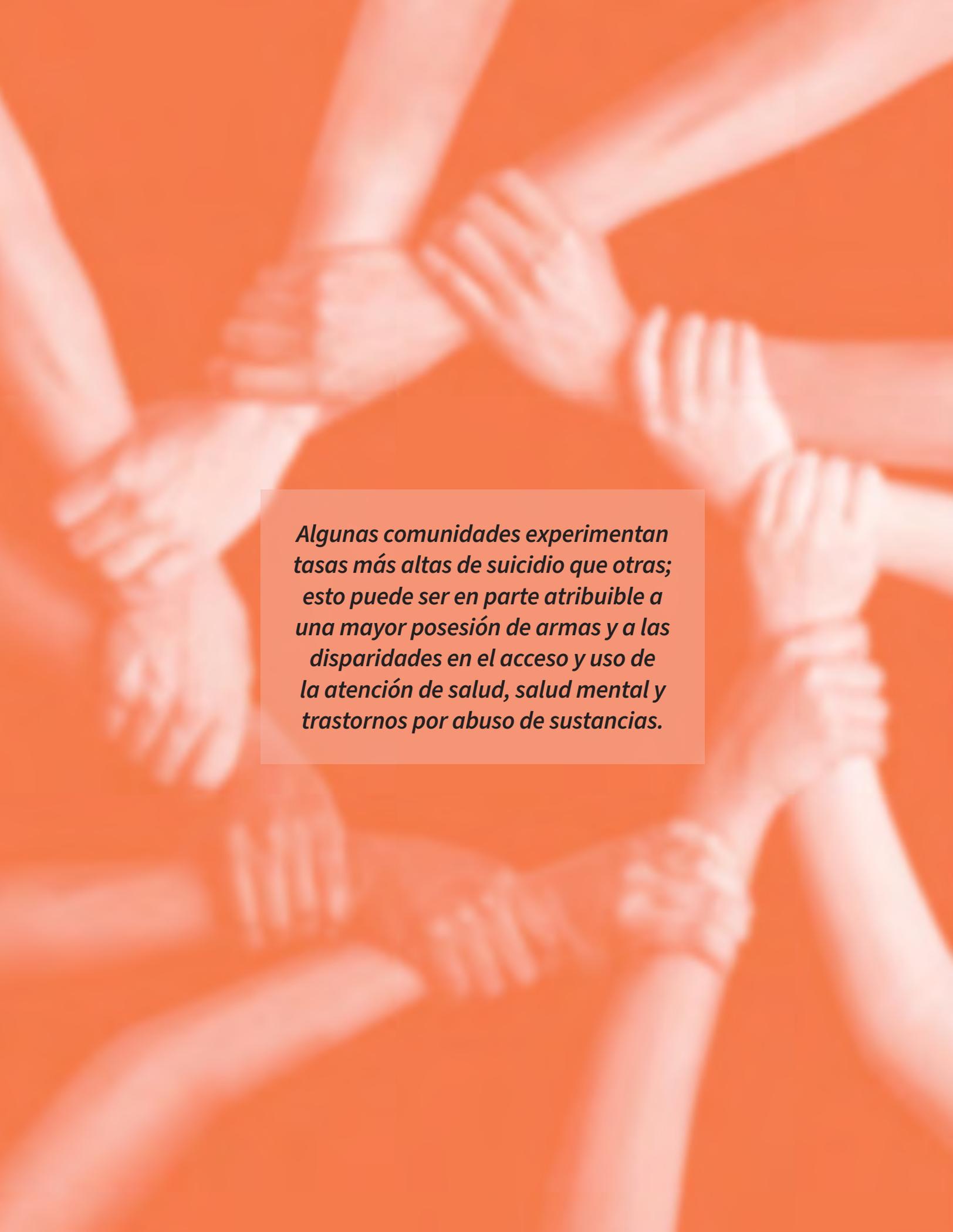
Desafíos de Terminología y Uniformidad

Las definiciones de comportamiento suicida no son uniformes y, de igual manera, no existen estándares para las evaluaciones de riesgo de suicidio, lo cual afecta la detección del riesgo, la divulgación del riesgo y los informes.¹¹⁶ A pesar de los llamamientos a la uniformidad y a estándares nacionales y estatales para la detección, el registro y el monitoreo de datos, sigue habiendo diferencias significativas en la forma en que se capturan los datos y en cómo las personas son examinadas y derivadas a los servicios.¹¹⁷ Las pautas de práctica clínica para la prevención del suicidio también reflejan una falta de consenso, lo cual puede afectar a que haya procedimientos uniformes en la evaluación de riesgos, la clasificación y la capacitación.¹¹⁸ Las diferencias en las pruebas de detección pueden dificultar la capacidad de distinguir a las personas en riesgo, impidiendo la entrega de programas efectivos y la investigación de factores de riesgo.¹¹⁹ En respuesta a estos desafíos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades crearon pautas uniformes para ayudar a la precisión y la comparabilidad en la prevención y el monitoreo de los comportamientos suicidas.¹²⁰ Las políticas obligatorias de pruebas de detección y de restricción de medios ofrecen oportunidades para ayudar a la detección dado su uso universal.¹²¹

Barreras a la Innovación

A pesar de los avances en la prevención del suicidio, aún se desconoce mucho, y la investigación que explora los factores de riesgo y los tratamientos para los comportamientos suicidas sigue siendo una prioridad nacional y global. Sin embargo, los especialistas capacitados para realizar esta investigación son pocos en relación con la necesidad y la prioridad. Todavía hay mucho que entender sobre los factores fundamentales que contribuyen al riesgo de suicidio y cómo cambia el riesgo a lo largo de la vida, especialmente para grupos específicos.¹²² Los factores de riesgo cambian con el tiempo y, a menudo, son internos de cada persona. Identificar estos factores internos es clave para la detección del riesgo y la intervención, como lo es la difusión de información sobre cómo los factores de riesgo contribuyen al comportamiento suicida y cómo se pueden gestionar esos factores.¹²³ Finalmente, el monitoreo de los factores de riesgo dinámicos requiere una infraestructura sustancial y costosa, crítica para desarrollar y mantener iniciativas efectivas de prevención del suicidio.¹²⁴

La investigación puede verse obstaculizada aún más por la financiación y las barreras de infraestructura, y por los desafíos metodológicos, éticos y de seguridad inherentes a la realización de estudios epidemiológicos o de investigaciones entre aquellos con alto riesgo de suicidio. La investigación sobre la efectividad de las intervenciones dirigidas específicamente al riesgo de suicidio es escasa. Hasta hace poco, las personas con riesgo de suicidio estaban excluidas de los ensayos clínicos de medicamentos debido a preocupaciones de seguridad. Esto limitó el estudio de nuevos tratamientos. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos ahora exige la evaluación del riesgo de suicidio en todos los ensayos clínicos del Sistema Nervioso Central.¹²⁵



Algunas comunidades experimentan tasas más altas de suicidio que otras; esto puede ser en parte atribuible a una mayor posesión de armas y a las disparidades en el acceso y uso de la atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias.

Comportamiento Suicida en California

La siguiente sección describe el comportamiento suicida específico de California. Presenta la predominancia del suicidio en el estado y las tasas de suicidio según los datos más recientes disponibles. Las tendencias de California en las tasas de suicidio y de comportamiento suicida están en consonancia con las estadísticas nacionales, aunque a continuación se indican algunas desviaciones. Las tendencias en las tasas de suicidio de la población y de los grupos vulnerables se ven significativamente afectadas por el método utilizado para el comportamiento suicida; los medios más letales, como las armas de fuego, están involucrados en más muertes por suicidio.¹²⁶

Datos del Suicidio

En 2017, 4,323 californianos perdieron la vida por suicidio.¹²⁷ La tasa de suicidios ajustada por edad¹ de California es de 10.7 por cada 100,000 personas, una de las tasas más bajas entre todos los estados, en comparación con la tasa nacional de 14.0 por cada 100,000 personas.¹²⁸ La tasa de suicidios relativamente baja de California puede atribuirse a las políticas que regulan el acceso a las armas.¹²⁹ En general, los estados con tasas más altas de posesión de armas tienden a tener mayores tasas de suicidio y muerte accidental por arma de fuego, mientras que los estados con menores tasas de posesión de armas tienen menores tasas de suicidio.¹³⁰ Aunque la tasa de suicidios de California es baja en comparación con la mayoría de los otros estados, existe variabilidad entre los condados. Por ejemplo, el Condado de Humboldt tiene una de las tasas de suicidio más altas de California con 24.3 por cada 100,000 residentes.¹³¹ El Condado de Santa Clara tiene la tasa de suicidios más baja de California con 7.5 por cada 100,000 residentes.¹³² La variabilidad en las tasas puede atribuirse a ciertas características que aumentan el riesgo de suicidio, como una mayor posesión de armas y un menor acceso a la atención sanitaria en las comunidades rurales.¹³³

Aunque las tasas son generalmente más altas en los condados rurales del norte de California, los datos de 2017 muestran que un mayor **número** de suicidios se cobra la vida de los residentes del sur de California, específicamente en los condados de Los Ángeles (21 por ciento del total de suicidios), Orange (10 por ciento del total de suicidios), Riverside (8 por ciento del total de suicidios), San Bernardino (6 por ciento del total de suicidios) y San Diego (5 por ciento del total de suicidios), de acuerdo con su densidad de población.¹³⁴ La mitad de todos los suicidios de California en 2017 se reportaron en estos cinco condados.¹³⁵ Esta concentración resalta la necesidad y la promesa de enfoques específicos y dirigidos a la comunidad y el uso de datos para comprender las oportunidades locales y regionales. (Nota: actualmente, los datos de suicidio que incluyen la orientación sexual e identidad de género no se recopilan ni se reportan en todo el estado).¹³⁶

Suicidio Según los Medios

Las armas de fuego (37 por ciento del total de suicidios), el ahorcamiento y la asfixia (32 por ciento del total de suicidios) y el envenenamiento, que incluye las sobredosis (16 por ciento del total de suicidios), son las tres formas más comunes en que las personas murieron por suicidio en 2017 en California.¹³⁷ Estas tendencias son consistentes con las tendencias nacionales.¹³⁸ Los californianos de 30 años o menos tenían más probabilidades de morir por ahorcamiento o asfixia, mientras que las personas mayores de 50 años tenían más probabilidades de morir por arma de fuego.¹³⁹ La tendencia de las personas más jóvenes a morir por asfixia es consistente con las tendencias nacionales.¹⁴⁰ Estas diferencias en el uso de los medios resaltan la oportunidad de enfocar los recursos de prevención del suicidio para utilizar las estrategias que reducen el acceso a ciertos medios para ciertos grupos en riesgo.¹⁴¹

¹Las tasas se ajustan utilizando las ponderaciones de la población estándar de los EE. UU. de 2000 y agrupaciones de edades de 5 años para el condado y agrupaciones de edades de 10 años para las otras variables. La edad de la muerte por suicidio más joven es 10 años.

Tasas de Suicidio por Sexo

En 2017, los hombres murieron por suicidio a un ritmo más de tres veces superior que el de las mujeres en California.¹⁴² Esta estadística es consistente con los datos nacionales que muestran que los hombres tienen casi cuatro veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres.¹⁴³ Esta diferencia se explica en gran medida por el uso de medios más violentos entre los hombres.¹⁴⁴ En otras palabras, aunque las tasas de intento son más altas para las mujeres, los hombres tienen más probabilidades de morir como resultado de un intento porque usan un arma de fuego. Las investigaciones demuestran consistentemente que, independientemente del grupo de edad o cultura, los hombres tienen más probabilidades de morir por suicidio y las mujeres tienen más probabilidades de intentar suicidarse.¹⁴⁵ Que los hombres mueran por suicidio a tasas más altas es consistente internacionalmente, excepto en China, donde las mujeres, particularmente las residentes rurales jóvenes, mueren por suicidio a tasas más altas que los hombres.¹⁴⁶

Las tasas de suicidio son más altas entre los hombres. Entre 2013 y 2017, las tasas de suicidio aumentaron ligeramente para los hombres y se mantuvieron relativamente estables para las mujeres. Actualmente no se recopilan datos sobre la orientación sexual o identidad de género. (Ver Gráfico 1.)

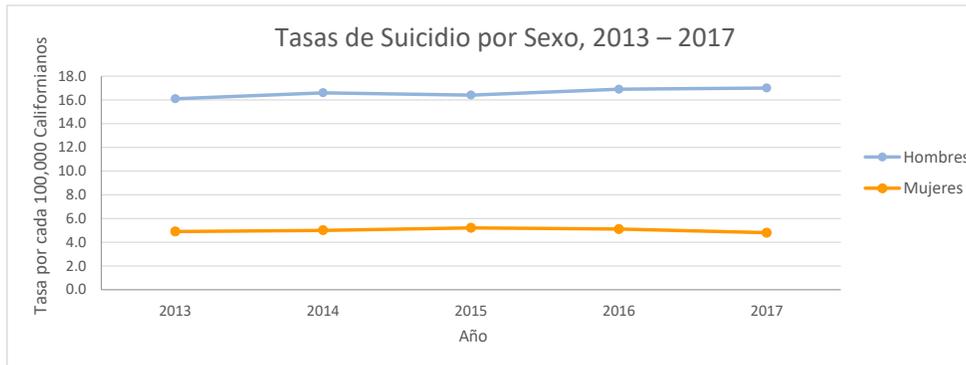


Gráfico 1. Datos extraídos del EpiCenter del Departamento de Salud Pública de California en <http://epicenter.cdph.ca.gov>.

Tasas de Suicidio por Grupos de Edad

El riesgo de morir por suicidio aumenta con la edad. En 2017, la tasa de suicidios alcanzó un máximo de 14.5 por cada 100,000 personas para las personas entre las edades de 25 y 29 años, fue en aumento hasta la mediana edad y fue más alta entre los californianos de 85 años o más (20.7 por cada 100,000 personas).¹⁴⁷ Este patrón es consistente con las tendencias nacionales. Los hombres californianos de 85 años o más tuvieron la tasa de suicidios más alta de todos los grupos de edad, con 45.1 por cada 100,000 personas.¹⁴⁸ Las personas en grupos de edad más jóvenes intentan suicidarse a tasas más altas en comparación con los grupos de edad más avanzada, pero sobreviven a su intento en parte debido a la selección de medios menos letales para el suicidio.¹⁴⁹

Las tasas de suicidio aumentan a medida que los Californianos envejecen. Entre 2013 y 2017, las tasas de suicidio se mantuvieron relativamente estables para la mayoría de los grupos, con ligeros aumentos para los Californianos en los años intermedios. (Ver Gráfico 2.)

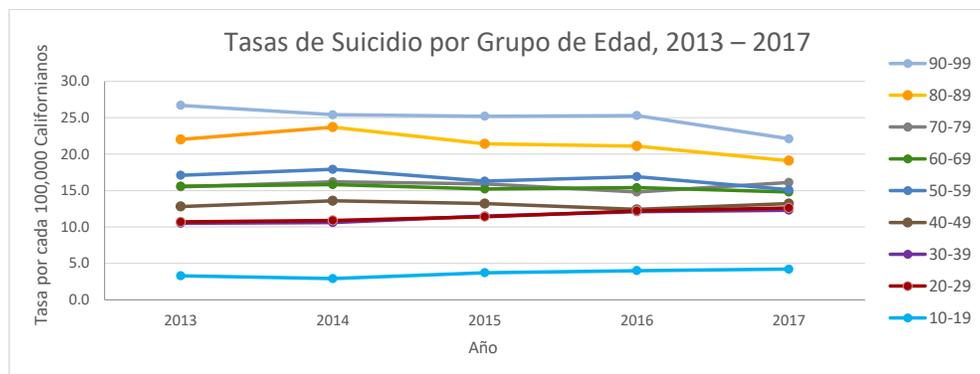


Gráfico 2. Datos extraídos del EpiCenter del Departamento de Salud Pública de California en <http://epicenter.cdph.ca.gov>.

Tasas de Suicidio por Raza/Etnia Las tasas de suicidio en California son más altas entre los blancos (17.1 por cada 100,000 personas) y los nativos americanos (15.6 por cada 100,000 personas).¹⁵⁰ Los californianos nativos de las islas de Hawai/del Pacífico tuvieron la siguiente tasa más alta en 2017, con 14.1 por cada 100,000 personas.¹⁵¹ Todas las demás tasas de suicidio de grupos raciales/étnicos fueron inferiores a 10 por cada 100,000 personas.¹⁵² Este patrón es consistente con las tendencias nacionales, donde los hombres blancos representan casi el 70 por ciento de todas las muertes por suicidio en los EE. UU. en 2017.¹⁵³

Las tasas de suicidio son más altas para los Californianos blancos y Nativos Americanos. Entre 2013 y 2017, las tasas de suicidio se mantuvieron relativamente estables en la mayoría de los grupos. Las tasas de suicidio entre los Nativos Americanos han aumentado. (Ver Gráfico 3.)

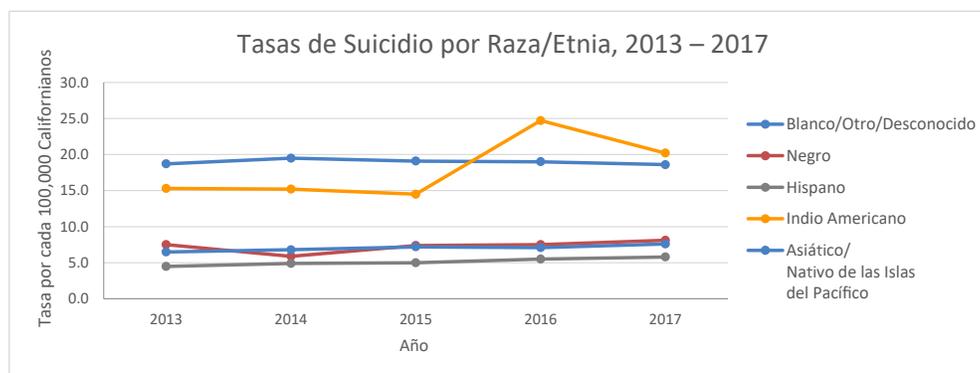


Gráfico 3. Datos extraídos del EpiCenter del Departamento de Salud Pública de California en <http://epicenter.cdph.ca.gov>.

Suicidio por Estado de Servicio Militar

En 2017, hubo 640 suicidios de californianos mayores de 18 años que habían servido en las Fuerzas Armadas de los EE. UU., lo que representa el 15.3 por ciento de todos los suicidios de California ese año.¹⁵⁴ La mayoría de los militares actuales y exmilitares que murieron por suicidio eran hombres (96.7 por ciento) y blancos (79 por ciento); y el 43 por ciento tenía entre 25 y 64 años en el momento de su muerte.¹⁵⁵ Además, el 40 por ciento tenía entre 65 y 84 años al morir.¹⁵⁶

La mayoría, el 65.6 por ciento, de los californianos que sirvieron en las Fuerzas Armadas y murieron por suicidio en 2017 usaron un arma de fuego.¹⁵⁷ Los datos que muestran que los miembros del servicio militar tienen más probabilidades que otros grupos en riesgo de morir por suicidio con armas de fuego destacan la necesidad de estrategias de prevención que consideren los medios mediante los cuales los diferentes grupos vulnerables mueren por suicidio.¹⁵⁸ La recopilación de datos no distingue entre militares actuales y exmilitares, ni entre los veteranos o militares activos.¹⁵⁹

Suicidio en Custodia Policial

Las agencias de las fuerzas de seguridad estatales y locales tienen la obligación de reportar el número de muertes que se producen en custodia policial junto con los datos de arrestos, incluida la muerte por suicidio, al Departamento de Justicia de California.¹⁶⁰ Los entornos de custodia incluyen los alojamientos en correccionales, las áreas de fichaje, las celdas de detención, las unidades de tratamiento y las áreas comunes, además de los entornos del delito o arresto. Entre 2005 y 2017, 922 personas murieron por suicidio mientras se encontraban en custodia policial.¹⁶¹ El número de suicidios en entornos de custodia ha disminuido de un máximo anual de 83 en 2013 a 60 en 2017.¹⁶² La mayoría de las personas que murieron por suicidio en custodia policial eran hombres (el 93 por ciento) y se clasificaron como blancos (el 49 por ciento), hispanos (el 31 por ciento) o afroamericanos (el 11 por ciento).¹⁶³

Otros Datos de Comportamiento Suicida

En 2017, 18,153 californianos visitaron o fueron admitidos en un departamento de emergencias por autolesión intencional.¹⁶⁴ Se sabe menos sobre la prevalencia de los pensamientos suicidas, porque los datos pueden limitarse a encuestas de autoinforme nacionales o locales. Según una encuesta, un promedio de 1,115,000 californianos mayores de 18 años, alrededor del 3.8 por ciento de todos los adultos, indicaron haber tenido pensamientos serios de suicidio en el último año.¹⁶⁵ Otra encuesta estimó que el 19 por ciento de los alumnos de 9º grado de California y el 18 por ciento de los alumnos de 11º grado de California consideraron seriamente un intento de suicidio en el último año.¹⁶⁶

Limitaciones de los Datos

Existen muchas limitaciones a la hora de utilizar los datos actuales para apoyar los esfuerzos de prevención del suicidio. El subregistro ampliamente reconocido del suicidio como una forma de muerte en los certificados de defunción es un desafío.¹⁶⁷ La forma de muerte incluye muerte natural y no natural, que incluye suicidio, homicidio, accidental o indeterminado; la causa de muerte se refiere a las circunstancias de la muerte, como una herida de bala. Los forenses investigan y determinan la forma y la causa de la muerte cuando se sabe o se sospecha que ha sido un suicidio.¹⁶⁸ Después de una muerte, un forense o examinador médico sigue los procedimientos y protocolos para investigar documentando y evaluando el entorno en el que alguien murió; evaluando el cuerpo del difunto; y evaluando el historial médico, de salud mental y social.¹⁶⁹ El subregistro de suicidio puede ocurrir debido a una clasificación de muerte inconsistente.¹⁷⁰ Mientras que un forense podría calificar una muerte como suicidio, otro forense que se encuentre con las mismas circunstancias podría clasificarla como "indeterminada" o "accidental". Las creencias culturales y religiosas, así como el estigma, también pueden influir en la precisión de los informes y los registros de defunción.¹⁷¹

Otras barreras limitan el uso de los datos de suicidio para los esfuerzos de prevención.¹⁷² Una es el uso inconsistente por parte de las jurisdicciones locales de los registros electrónicos en bases de datos estatales centralizadas, como las mantenidas por el Departamento de Salud Pública de California y la Oficina de Planificación y Desarrollo de Salud a nivel estatal.¹⁷³ Muchos registros de defunciones siguen siendo en forma impresa, lo que retrasa sustancialmente los registros y el monitoreo en tiempo real del suicidio dentro del condado y entre los condados.¹⁷⁴ Además, las muertes por suicidio en puentes y vías férreas no se reportan de manera unificada por sitios individuales en un sistema de registros centralizado. En cambio, la información se almacena en varias agencias, como el Departamento de Transporte de California (CalTrans), los distritos de tránsito locales, las autoridades ferroviarias federales, la Patrulla de Carreteras de California, los oficiales forenses locales y otras entidades privadas.¹⁷⁵ La recopilación de dichos datos es crucial para evaluar el riesgo para la salud pública y la necesidad de políticas, pero no existe un sistema de registros centralizado.¹⁷⁶

El no registrar y monitorear los datos a tiempo también pueden limitar la capacidad de intervenir de los profesionales cuando ocurren varios suicidios en lugares o tiempos cercanos, lo que se conoce como un grupo de suicidios.¹⁷⁷ Los métodos de codificación inconsistentes pueden agravar la dificultad de establecer comparaciones entre años, entornos o grupos en riesgo. Además, los datos tienden a limitarse a las muertes por suicidio, a pesar de las oportunidades críticas para la prevención que presentan los datos asociados con los intentos de suicidio y los "datos de salvados", que describen un intento de suicidio frustrado y la conexión posterior a los servicios de crisis. Por ejemplo, los datos públicos no incluyen cuántas personas visitaron repetidamente el departamento de emergencias por comportamiento suicida, los resultados de altas o de atención de seguimiento, o si hubo un comportamiento suicida por primera vez que no requirió servicios de clasificación. Estos desafíos destacan la necesidad de difundir las mejores prácticas de recopilación de datos, estandarización y monitoreo en todo el estado.



Las personas con necesidades de salud mental, en particular depresión y trastornos por abuso de sustancias, corren el mayor riesgo de suicidio, especialmente en conjunto con otros factores, como el acceso a armas.

Factores de Riesgo y de Protección

Los factores de riesgo son características que pueden hacer que el comportamiento suicida sea más probable, mientras que los factores de protección son características que hacen que el comportamiento suicida sea menos probable.¹⁷⁸ Es importante destacar que tales factores a menudo ocurren cuando las necesidades de salud y salud mental y de los trastornos por abuso de sustancias interactúan con otras dinámicas sociales, demográficas y situacionales complejas. Los factores que aumentan el riesgo de suicidio, por ejemplo, son peligrosos para las personas que viven con depresión, pero son manejables para otras personas.

Algunos factores de riesgo son modificables, mientras que otros, como el historial de comportamiento suicida o las características demográficas, no lo son. Los esfuerzos de prevención del suicidio son efectivos cuando se dirigen a entornos de alto riesgo o a factores de riesgo y de protección que pueden modificarse, como aumentar las pruebas de detección y el acceso a servicios para la depresión y otras necesidades. Las señales de advertencia, en comparación, son comportamientos que pueden indicar o señalar un riesgo agudo de suicidio, y pueden ser similares o distintas de los factores de riesgo.¹⁷⁹ Consulte la página siguiente para obtener una lista de factores de riesgo y de protección y señales de advertencia.

Normalmente, el riesgo puede ser elevado durante los momentos de transición aguda o duradera, aunque la mayor exposición no se limita a dichos períodos. Estas transiciones pueden incluir la pérdida de empleo, los cambios en el estado civil, la hospitalización, los cambios de vivienda y la salida del servicio militar o el tiempo posterior al despliegue. El riesgo parece ser aditivo (cuantos más factores, mayor es el riesgo) y atraviesa fronteras demográficas, económicas, sociales y culturales. **Los principales factores de riesgo de suicidio son los intentos de suicidio previos; los trastorno por abuso de sustancias; los trastornos del estado de ánimo, como la depresión; el acceso a medios letales; y necesidades de salud física.**¹⁸⁰

Los factores de protección incluyen la ausencia de factores de riesgo y una mayor conexión con la comunidad, la cultura, la fe espiritual y otros factores que reducen el riesgo, como el acceso a la atención sanitaria y el apoyo social, y el almacenamiento seguro de armas y medicamentos. **Los principales factores de protección contra el suicidio son la atención efectiva de salud mental; la conectividad con las personas, la familia, la comunidad y las instituciones sociales; las habilidades para resolver problemas; y los contactos, como postales o cartas, de proveedores de servicios y cuidadores.**¹⁸¹ Algunos factores aumentan y reducen el riesgo. Por ejemplo, un intento de suicidio previo aumenta el riesgo en algunos y reduce el riesgo en otros, ya que muchas personas que intentan suicidarse una vez nunca lo vuelven a intentar.¹⁸² Este hecho resalta la necesidad de evaluar y monitorear continuamente la variabilidad de los factores de riesgo y de protección.

Consideraciones Culturales

Algunos factores de riesgo y de protección varían según el grupo objetivo de los esfuerzos de prevención del suicidio. Por ejemplo, la espiritualidad y la religión están vinculadas a un menor riesgo de comportamiento suicida.¹⁸³ La espiritualidad y la religión están profundamente arraigadas en la cultura, los valores y las normas de la mayoría de los grupos étnicos.¹⁸⁴ Ambas pueden reforzar y fortalecer la identidad cultural, protegiendo contra el riesgo.¹⁸⁵ Ambas pueden brindar oportunidades congregacionales para conectarse con los miembros de la comunidad, especialmente en momentos de estrés, pérdida y desesperación, lo cual reduce el aislamiento y aumenta la resiliencia y el sentido de pertenencia. Esto puede mitigar aún más el riesgo fomentando la esperanza y la conexión, promoviendo un sentido de propósito o significado personal y enseñando habilidades de afrontamiento a través de la práctica espiritual.¹⁸⁶

Si bien la religión es un factor de protección para muchas comunidades, existen diferencias importantes entre los grupos vulnerables. Por ejemplo, la religión puede aumentar el riesgo de suicidio entre las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero.¹⁸⁷ La adhesión a la doctrina religiosa que entra en conflicto con la orientación sexual y la identidad de género puede crear confusión, angustia y aislamiento. Esto puede complicarse aún más cuando las personas no pueden buscar apoyo para su conflicto y angustia entre los miembros de su comunidad religiosa.

Factores de Riesgo

Los factores de riesgo de suicidio a nivel individual incluyen:¹⁸⁸

- Intento(s) de suicidio previo(s)
- Pensamientos de suicidio con intención y planificación (especialmente intensos, generalizados, difíciles de controlar)
- Percibir pocas razones para vivir
- Factores demográficos (sexo masculino, etnia indígena o blanca, mediana edad a mayor)
- Necesidades insatisfechas graves y persistentes de salud física y de salud del comportamiento, incluidos el dolor crónico, la discapacidad, el abuso de sustancias y los trastornos del estado de ánimo.
- Acceso a medios letales y posesión de armas, especialmente tener armas en el hogar
- Aislamiento social y bajo sentido de pertenencia
- Sentirse desesperado por el futuro
- Estado de ánimo o patrones de sueño inestables, incluidos el insomnio y las pesadillas
- Hospitalización o encarcelamiento
- Problemas financieros o laborales nuevos o continuos

Los factores de riesgo de suicidio a nivel de relación incluyen:

- Fin de una relación o matrimonio, incluido por muerte o divorcio
- Insatisfacción y problemas de relacionales, incluido el abuso
- Relaciones inestables o conflictivas

Los factores de riesgo de suicidio a nivel de la comunidad incluyen:

- Falta de acceso a atención adecuada y afirmativa de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias
- Desconexión de la cultura y las prácticas culturales

Los factores de riesgo de suicidio a nivel de la sociedad incluyen:

- Creencias culturales o instituciones que promueven el aislamiento social
- Cobertura mediática sensacionalista, especialmente para los jóvenes
- Estigma y discriminación de salud mental

Factores de Protección

Los factores que reducen o protegen contra el riesgo a nivel personal incluyen:¹⁸⁹

- Habilidades de afrontamiento para la vida, especialmente durante eventos estresantes y cambios en la vida (incluidas las habilidades para resolver problemas, las habilidades de afrontamiento, la capacidad de adaptarse al cambio)
- Habilidades de afrontamiento y recursos adquiridos después de un comportamiento suicida anterior
- Creencias personales o religiosas que prohíben o desalientan el suicidio
- Alta autoestima y sentido de valía
- Fuerte calidad de vida con un propósito para vivir
- Alto sentido de pertenencia

Los factores que reducen o protegen contra el riesgo a nivel de relación incluyen:

- Conexión con la familia o familia de elección
- Apoyo real de la familia o familia de elección
- Relaciones que afirman la orientación sexual y la identidad de género

Los factores que reducen o protegen contra el riesgo a nivel de la comunidad incluyen:

- Acceso a la atención adecuada y afirmativa de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias
- Conexión con el vecindario, la comunidad o el grupo social
- Miembros de la comunidad que se chequean entre sí
- Instituciones sociales que promueven estilos de vida saludables y activos

Los factores que reducen o protegen contra el riesgo a nivel de la sociedad incluyen:

- Creencias culturales o religiosas que prohíben o desalientan el suicidio y valoran la vida con propósito
- Afiliación religiosa o adhesión a una comunidad espiritual

Señales de Advertencia

Los siguientes comportamientos podrían indicar o sugerir un riesgo de suicidio:¹⁹⁰

- Comunicar un deseo de morir o planes para intentar suicidarse
- Expresar la experiencia de tener pensamientos suicidas que son intensos, generalizados o difíciles de controlar
- Buscar una forma de matarse, como buscar en línea o comprar un arma
- Regalar posesiones
- Redactar notas que indiquen la intención o el deseo de suicidarse
- Comunicar que se tiene un sentimiento de desesperación o que no se tienen razones para seguir viviendo o que se siente una desesperación persistente
- Comunicar sentimientos de culpa, vergüenza o autoculpa
- Comunicar sentimientos de estar atrapado o de tener un dolor insoportable
- Comunicar ser una carga para los demás
- Incremento en el uso de alcohol o drogas
- Actuar con ansiedad o agitación; comportarse de manera imprudente o participar en actividades de riesgo
- Insomnio, pesadillas y sueño irregular
- Retirarse o sentirse aislado
- Comunicar o exhibir ansiedad, pánico o agitación
- Parecer triste o deprimido o exhibir cambios de humor
- Mostrar ira o enfado descontrolado o comunicar que se busca venganza

Grupos Vulnerables

Los miembros de algunos grupos y ocupaciones pueden ser más vulnerables al suicidio que otros. A pesar de esta mayor vulnerabilidad, la mayoría de las personas en los grupos que se describen a continuación no morirán por suicidio ni tendrán un comportamiento suicida. E, independientemente del grupo al que se pertenezca, el suicidio ocurre con mayor frecuencia entre personas con necesidades de salud mental y es un síntoma de depresión.¹⁹¹ La siguiente lista no es exhaustiva; su objetivo es demostrar las diferencias y tendencias entre los grupos y destacar los recursos de prevención del suicidio. Las comunidades deben utilizar el Modelo de Salud Pública para documentar el problema del comportamiento suicida e identificar a los miembros vulnerables de la comunidad, los factores de riesgo y de protección y las intervenciones efectivas.

Personas de Mediana Edad y Mayores

Las tasas de suicidio entre las personas de mediana edad (de 35 a 64 años) están aumentando.¹⁹² Entre 1999 y 2010, las tasas de suicidio entre las personas de mediana edad aumentaron casi un 30 por ciento, especialmente entre las personas de 50 a 59 años.¹⁹³ En 2017, las personas de mediana edad representaban el 25.9 por ciento de la población de EE. UU., pero el 35.1 por ciento de las personas que murieron por suicidio.¹⁹⁴ Históricamente, los adultos mayores, o las personas mayores de 65 años, han tenido las tasas más altas de suicidio.¹⁹⁵ En 2017, este grupo representaba el 15.6 por ciento de la población de los EE. UU., pero representó el 18.2 por ciento de todos los suicidios.¹⁹⁶ Las altas tasas de suicidio entre los adultos mayores pueden deberse a factores como el uso de medios altamente letales; necesidades insatisfechas de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias, especialmente la depresión tardía; rasgos de personalidad y mecanismos de afrontamiento; factores estresantes de la vida, como la pérdida de seres queridos; desconexión social; e impedimentos en el funcionamiento y discapacidad.¹⁹⁷

RECURSO CLAVE: Prevención del suicidio entre los hombres de mediana edad: Recomendaciones para programas de prevención del suicidio | Desarrollado por el Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio: http://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/SPRC_MiMYReportFinal_0.pdf.

Personas Dadas de Alta de Entornos Hospitalarios

Las personas atendidas en los departamentos de emergencias por autolesiones, independientemente de su intención de morir, tienen 30 veces más probabilidades de morir por suicidio que las personas que no se autolesionan.¹⁹⁸ Las personas que reciben el alta tras una hospitalización psiquiátrica tienen un riesgo especialmente alto de suicidio y comportamiento suicida en el futuro. El riesgo de suicidio aumenta durante la primera semana de ingreso en un hospital psiquiátrico y durante la primera semana después del alta.¹⁹⁹ Para los veteranos, un estudio mostró que el riesgo de suicidio puede ser elevado durante los primeros tres meses después del alta de un hospital psiquiátrico.²⁰⁰ Los desafíos comunes que aumentan el riesgo después del alta incluyen que no se acuda a citas de seguimiento para atención ambulatoria; la falta de recursos o de conexión con dichos recursos; relaciones o redes sociales que no muestran su apoyo, lo que resulta en aislamiento y vergüenza; y derivaciones que no coinciden con las necesidades individuales.

RECURSO CLAVE: Continuidad de la atención para la prevención e investigación del suicidio: Intentos de suicidio y muertes por suicidio posteriores al alta del departamento de emergencias o de la unidad de psiquiatría de pacientes hospitalizados | Desarrollado por Knesper, D.J., Asociación Estadounidense de Suicidología y Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio: <http://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/continuityofcare.pdf>.

Veteranos

Los veteranos representan aproximadamente el 14 por ciento de todos los suicidios en los EE . UU.²⁰¹ Más de la mitad de los veteranos que mueren por suicidio tienen 55 años o más, pero la tasa de suicidios entre los veteranos de edades entre los 18 y los 34 años ha aumentado en un 11 por ciento, aumentando de una tasa de 40.4 muertes por cada 100,000 personas en 2015 a 45 muertes por cada 100,000 personas en 2016.²⁰² Los datos muestran que casi el 70 por ciento de los suicidios de veteranos son por arma de fuego, en comparación con menos del 50 por ciento de todos los suicidios de no veteranos.²⁰³ Este hecho subraya la importancia de considerar los medios por los cuales los miembros del grupo vulnerable mueren por suicidio en cualquier estrategia de prevención del suicidio.²⁰⁴ Los veteranos tienen factores de riesgo y de protección únicos relacionados con el servicio militar, además de los factores mencionados anteriormente.²⁰⁵ Los factores de protección incluyen un fuerte sentido de pertenencia a una unidad y resiliencia para superar la adversidad.²⁰⁶ Por otro lado, salir del servicio militar puede aumentar el riesgo de suicidio.²⁰⁷ Las experiencias estresantes durante este período de transición incluyen una pérdida de propósito y sentido de identidad, dificultades para encontrar trabajo, relaciones conflictivas con familiares y amigos, y otros desafíos relacionados con la adaptación a la vida posmilitar.²⁰⁸

RECURSO CLAVE: Estrategia nacional para prevenir el suicidio de veteranos (2018-2028) | Desarrollado por el Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.: <https://www.mentalhealth.va.gov/suicide-prevention/docs/Office-of-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-National-Strategy-for-Preventing-Veterans-Suicide.pdf>.

Orientación Sexual e Identidad de Género

Las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer y aquellas que no están seguras pueden tener un mayor riesgo de suicidio.²⁰⁹ Actualmente, es difícil evaluar el riesgo de suicidio entre las personas LGBTQ porque la orientación sexual y la identidad de género no se reportan en los registros de defunción. Los entornos de atención sanitaria, como los hospitales y los departamentos de emergencias, tampoco reportan la orientación sexual y la identidad de género de las personas atendidas por servicios relacionados con el suicidio, lo que hace aún más difícil evaluar el comportamiento suicida entre este grupo vulnerable. Las encuestas de autoinforme de comportamiento suicida son la fuente principal de datos. Una encuesta de jóvenes en atención primaria estimó que el 20 por ciento de los jóvenes lesbianas, gays y bisexuales han intentado suicidarse.²¹⁰ El riesgo de suicidio también es elevado entre las personas transgénero.²¹¹ Un estudio mostró que el 40 por ciento de las personas transgénero intentaron suicidarse al menos una vez en su vida, y el 92 por ciento de ellos lo intentó antes de los 25 años.²¹² Los estudios indican que hasta el 50 por ciento de los jóvenes transgénero y no conformes con el género han intentado suicidarse.²¹³ El rechazo de la orientación sexual y la identidad de género por parte de la familia y los cuidadores puede aumentar significativamente el riesgo de suicidio entre los jóvenes LGBT, lo cual destaca la necesidad de incluir intervenciones basadas en la familia en los esfuerzos de prevención del suicidio.²¹⁴

RECURSO CLAVE: Riesgo de suicidio y prevención para jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y transgénero | Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio: http://www.sprc.org/library/SPRC_LGBT_Youth.pdf.

Juventud de Color

Los jóvenes y adultos jóvenes indios americanos y nativos de Alaska tienen la tasa más alta de suicidio de cualquier grupo cultural o étnico en los Estados Unidos.²¹⁵ El suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los niños y adultos indios americanos y nativos de Alaska de 10 a 34 años.²¹⁶ Un estudio reciente indicó que la tasa de muerte por suicidio de los niños afroamericanos de cinco a 12 años, tanto niños como niñas, es el doble en comparación con los niños blancos.²¹⁷ Este hallazgo resalta la necesidad de una evaluación continua utilizando el Modelo de Salud Pública, a medida que surgen nuevos grupos en riesgo. Los jóvenes intentan suicidarse con mayor frecuencia que las personas de otras edades.²¹⁸ También se encuentran diferencias raciales y étnicas entre el comportamiento suicida.²¹⁹ Las adolescentes latinas, en particular, reportan las tasas más altas de comportamiento suicida de cualquier grupo de jóvenes.²²⁰ Hasta una de cada siete jóvenes latinas intenta suicidarse, una tasa mayor que cualquier otro grupo de jóvenes de la misma edad.²²¹

RECURSO CLAVE: Vivir para ver el gran día que amanece: Prevenir el suicidio de jóvenes y jóvenes adultos indios americanos y nativos de Alaska | Desarrollado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: <https://store.samhsa.gov/system/files/sma10-4480.pdf>.

Residentes de Comunidades Rurales

Las personas que viven en comunidades rurales tienen un mayor riesgo de suicidio que las de comunidades más urbanas o densamente pobladas.²²² Muchas comunidades rurales presentan características con factores de riesgo de suicidio, como la posesión de armas, el aislamiento social y la dificultad para acceder a la atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias y servicios sociales.²²³ Incluso si los servicios están disponibles en las comunidades rurales, los desafíos adicionales pueden afectar la calidad y el acceso a tiempo.²²⁴ Estos incluyen:

- Una escasez de proveedores de servicios de salud para realizar evaluaciones preventivas y ofrecer derivaciones y transferencias cálidas a los servicios necesarios, especialmente servicios centrados en el riesgo de suicidio
- Cantidad limitada de proveedores y personal calificado y culturalmente competente
- Transporte, particularmente en áreas donde las personas deben viajar largas distancias para obtener servicios
- Cobertura de seguro aceptada por el profesional o proveedor
- Barreras lingüísticas que impiden que las personas se comuniquen con los proveedores de servicios
- Preocupaciones de privacidad, especialmente para residentes que buscan servicios de salud mental en comunidades pequeñas²²⁵

RECURSO CLAVE: Comprender el impacto del suicidio en la América rural | Comité Asesor Nacional sobre Salud Rural y Servicios Humanos, Departamento de Salud y Servicios Humanos: <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/advisory-committees/rural/publications/2017-impact-of-suicide.pdf>.

Personas que Trabajan en Ciertas Ocupaciones

Las personas en ciertas ocupaciones tienen un mayor riesgo de suicidio.²²⁶ Las características de las ocupaciones donde el riesgo puede ser elevado incluyen trabajos que aíslan socialmente; implican un alto nivel de estrés; tienen bajos salarios o causan un aumento en la relación deuda de préstamos estudiantiles/ingresos; exponen a los empleados a la violencia o a eventos traumáticos; son acelerados y requieren largas horas de trabajo; o son inconsistentes, como el trabajo estacional.²²⁷ Las ocupaciones de la construcción y la minería conllevan un riesgo particularmente alto, con el mayor porcentaje, 20 por ciento en 2015, de hombres que mueren por suicidio trabajando en esos oficios.²²⁸ Las ocupaciones de arte, diseño, entretenimiento, deportes y medios de comunicación tienen las tasas más altas de suicidio entre mujeres y hombres. Las personas en otras ocupaciones con mayor riesgo incluyen personal de primera respuesta, como policías, bomberos y paramédicos; médicos, enfermeros y veterinarios.²²⁹

RECURSO CLAVE: Plan integral para la prevención del suicidio en el lugar de trabajo | Alianza de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio: <https://theactionalliance.org/communities/workplace/blueprintforworkplacesuicideprevention>.

Personas en Entornos Penitenciarios

Las personas en entornos penitenciarios tienen mayores tasas de suicidio en comparación con sus homólogos de la comunidad.²³⁰ Los entornos penitenciarios de California incluyen prisiones, cárceles y centros de detención juvenil. El comportamiento suicida puede aumentar con el encarcelamiento, pero hay algunas pruebas de que las personas bajo custodia pueden haber experimentado un historial de comportamiento suicida y otros factores de riesgo, como necesidades de salud mental no satisfechas y trastornos por abuso de sustancias, antes de ser encarcelados.²³¹ El riesgo puede seguir siendo elevado después de que una persona sale de la cárcel o prisión.²³² También se encuentra un riesgo elevado de suicidio entre las personas que trabajan en entornos penitenciarios. Un estudio indicó que los agentes penitenciarios tienen un 39 por ciento más de probabilidad de suicidio en comparación con el promedio de otras ocupaciones.²³³ Este riesgo elevado de suicidio puede deberse al estrés laboral y a su impacto en la vida familiar, lo que lleva a la separación y el divorcio.²³⁴

RECURSO CLAVE: Recursos para la prevención del suicidio en centros penitenciarios para adultos | Desarrollado por el Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio: <https://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/AdultCorrectionsResourceSheet.pdf>.

Mujeres Durante el Período Perinatal y Posparto

El suicidio es una de las principales causas de muerte durante el embarazo y un año después del parto, también conocido como suicidio materno, y se ha detectado ideación suicida en el rango del 13.1 por ciento al 33 por ciento en las mujeres embarazadas.²³⁵ Los factores de riesgo para el suicidio materno incluyen trastornos del sueño, depresión, ansiedad, un diagnóstico de psicosis posparto y un diagnóstico de trastorno bipolar. El riesgo de suicidio materno no solo se limita al período posparto inmediato.²³⁶ El mayor riesgo de suicidio materno ocurre a los nueve a 12 meses después del parto.²³⁷

RECURSO CLAVE: Plan Estratégico de Salud Mental Materna de California (Grupo de trabajo de MMH) (2017) <https://static1.squarespace.com/static/56d5ca187da24ffed7378b40/t/5b40f84503ce641f98dbd329/1530984521889/Report-CATaskForce-7.18.pdf>.

Las investigaciones han demostrado que se pueden salvar vidas del suicidio y que los enfoques de salud pública tienen el potencial de prevenir la pérdida de vidas a gran escala.

Las Mejores Prácticas en la Prevención del Suicidio

El Instituto de Medicina organiza actividades de prevención del suicidio continuamente, que van desde universales a selectivas a indicadas.²³⁸ Los esfuerzos de prevención universal se centran en toda la población y buscan disuadir los comportamientos conductas suicidas creando entornos seguros, aumentando la conexión, desarrollando habilidades y promoviendo la salud mental.²³⁹ Los esfuerzos de prevención selectiva se dirigen a las personas dentro de los grupos vulnerables que han sido identificadas como de mayor riesgo de comportamientos suicidas.²⁴⁰ Los esfuerzos de prevención indicada se centran en ayudar a las personas involucradas en comportamientos suicidas y en proporcionar una intervención a tiempo para evitar futuros comportamientos suicidas.²⁴¹ Las mejores prácticas cruzan de la ecología social, intersectando a nivel de persona, relación, vecindario y sociedad.²⁴² Ciertas actividades de prevención del suicidio, respaldadas por pruebas que demuestran su efectividad, han mostrado tener beneficios significativos con respecto a la inversión. Entre otros se incluyen la capacitación de profesionales de la salud; la identificación temprana de trastornos por abuso de sustancias y de necesidades de salud mental, particularmente la depresión; y la creación de barreras para impedir que las personas accedan a métodos para morir por suicidio.²⁴³

Las mejores prácticas pueden conducir a resultados exitosos solo si se cuenta con una infraestructura sólida. Para los propósitos de este plan, la infraestructura se refiere al liderazgo visible y multinivel y a las colaboraciones en red; a la gestión efectiva de recursos; y al uso de datos para el monitoreo y las mejoras.²⁴⁴ La prevención del suicidio, como un desafío de salud pública, no es única al requerir una infraestructura que apoye la entrega de las mejores prácticas. Un análisis de la iniciativa antitabaco de California, por ejemplo, descubrió que la creación de infraestructuras contra el tabaquismo se identificó como el mayor desafío para el éxito del esfuerzo.²⁴⁵ Muchas de las mejores prácticas descritas a continuación ya están en uso en entornos o comunidades selectas en todo California.

Estrategias Universales de Prevención

Las estrategias universales de prevención del suicidio son amplias y están destinadas a reducir el riesgo en la población general. Las mejores prácticas en esta categoría se centran en proteger la seguridad y la salud de la comunidad mediante la reducción del acceso a medios letales, la conexión de las personas a las redes sociales, el desarrollo de la resiliencia, la publicación de información de manera segura por parte de los medios de comunicación después de una muerte por suicidio y el aumento del acceso a la atención. Las investigaciones que demuestran la efectividad de las estrategias universales de prevención son escasas, lo que limita tanto el conocimiento sobre tales estrategias como la inversión en su desarrollo. La siguiente sección destaca las mejores prácticas en la prevención universal del suicidio.

Restricción de Medios Letales

La restricción de medios letales, o reducir el acceso de alguien a los métodos letales mediante los cuales se muere por suicidio, es uno de los mejores métodos demostrado empíricamente para reducir el suicidio.²⁴⁶ La eficacia de reducir el acceso a medios letales se ha demostrado en muchos países y en una amplia gama de intervenciones.²⁴⁷ El Reino Unido vio una reducción en los suicidios después de reemplazar el gas de hulla, que contiene monóxido de carbono, con gas natural.²⁴⁸ Después de que Israel adoptara una política que requería que los soldados guardaran sus armas bajo llave cuando estaban de permiso, las muertes por suicidio se redujeron en un 40 por ciento.²⁴⁹ La prohibición de ciertos productos químicos en Sri Lanka se asoció con una reducción de los suicidios con pesticidas en ese país.²⁵⁰ Las muertes por suicidio por monóxido de carbono disminuyeron drásticamente después de que se implementaran controles estrictos sobre las emisiones de gases de escape de los vehículos los EE. UU.²⁵¹ Y las políticas que limitaban la cantidad de recetas que se emitían para ciertos medicamentos, junto con el tamaño del envase, resultaron en menos suicidios que involucraban a esos medicamentos en varios países.²⁵²

Por otro lado, también se han documentado las posibles consecuencias de eliminar las medidas de seguridad. La eliminación de las barreras de seguridad de un puente central de una ciudad en Australia, por ejemplo, resultó en un aumento inmediato en el número y la tasa de suicidios en el puente.²⁵³ Las muertes por suicidio se redujeron a cero en los sitios donde se eliminaron las barreras y luego se reinstalaron, como fue el caso en Nueva Zelanda.²⁵⁴ Los efectos de las instalaciones de barreras son significativos e inmediatos, y no hay pruebas que demuestren que su adición aumenta los suicidios en otros lugares o mediante otros métodos.²⁵⁵ En California, se requiere que Caltrans considere el riesgo de suicidio en el diseño o rediseño de puentes, y hay fondos federales accesibles para la construcción de sistemas que prevengan los suicidios. Sin embargo, no existen estándares para guiar la prevención y las políticas en otros sitios.²⁵⁶

Los métodos más efectivos de restricción de medios letales son los elementos disuasivos físicos, que incluyen controles de emisión de monóxido de carbono en vehículos; bloqueo de puertas, ventanas y cajones; sistemas de prevención del suicidio en vías férreas y puentes; mecanismos de seguridad de armas de fuego, como candados de armas y cajas fuertes; y prevención de sobredosis, como el uso de naloxona o el empaque de medicamentos en blíster.²⁵⁷ Otros métodos efectivos incluyen la señalización y la conexión a servicios de crisis y el asesoramiento en cuanto a la restricción de medios. Los estudios demuestran que estos métodos pueden y deben combinarse con elementos disuasivos físicos, cuando corresponda.²⁵⁸

Centrarse en los Medios Letales Comunes — Como se demostró anteriormente, las políticas que restringen la disponibilidad y accesibilidad de los medios por los cuales las personas mueren por suicidio tienen el potencial de reducir significativamente las tasas de suicidio por esos medios. En California (y a nivel nacional), donde el suicidio ocurre más comúnmente cuando se usan armas de fuego, el acceso y la disponibilidad de las armas de fuego aumentan el riesgo de muerte no natural, incluido el suicidio.²⁵⁹ Las armas de fuego que están cargadas o desbloqueadas están vinculadas a un mayor riesgo de muerte intencional y no intencional.²⁶⁰ Se ha comprobado que las políticas que refuerzan la seguridad de las armas y las prácticas de almacenamiento seguro reducen el riesgo de lesiones y muerte. Por ejemplo, las prohibiciones estatales sobre la venta de pistolas que no cumplen con los estándares de seguridad, a veces denominadas "armas basura", han demostrado efectos a nivel de la población en la reducción de las tasas de suicidio.²⁶¹ Algunos estados han ampliado las leyes de transferencia temporal para incluir una transferencia temporal de un arma de fuego de una persona en riesgo a otra persona si dicha transferencia es necesaria para evitar la muerte inminente o graves lesiones corporales.²⁶² Finalmente, las investigaciones han demostrado que existe una asociación entre las leyes de eliminación de armas en función del riesgo y una reducción en los suicidios por arma de fuego.²⁶³ La Orden de Restricción por Violencia con Armas es un ejemplo de una ley de eliminación de armas en función del riesgo en California.²⁶⁴ Concedidas por un tribunal, dichas órdenes permiten que se les quiten todas las armas de fuego y municiones a ciertas personas, por ejemplo, a aquellas que tengan pensamientos o comportamientos suicidas u homicidas, y prohíben la compra y posesión de armas de fuego y municiones durante la duración de la orden.²⁶⁵

Además de los cambios en las políticas para apoyar la seguridad de los medios, los programas para colaborar con los propietarios de tiendas de armas y campos de tiro para prevenir el suicidio entre los propietarios de armas y sus familiares son prometedores. El programa Gun Shop, por ejemplo, se desarrolló en New Hampshire después de que tres personas murieron por suicidio por un arma de fuego comprada en la misma tienda de armas. Se distribuyeron materiales diseñados para y por los propietarios de las tiendas de armas a las tiendas locales y se incluyó información para identificar e interactuar con un cliente que podría estar en riesgo de suicidio. Siguiendo el modelo de las estrategias efectivas de New Hampshire, la antigua Red Superior de Prevención del Suicidio de California desarrolló consejos de mejores prácticas sobre cómo interactuar con los miembros de la comunidad en los mensajes y enfoques de prevención del suicidio con armas de fuego, como aumentar la conciencia de las señales de advertencia y aumentar la búsqueda de ayuda por parte de las personas en riesgo.²⁶⁶ Como han reconocido que tienen objetivos compartidos, la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio y la Fundación Nacional de Deportes de Tiro están colaborando para ampliar la conciencia sobre las medidas de seguridad con armas de fuego para prevenir el suicidio.²⁶⁷ En el estado de Washington, la Asociación Nacional del Rifle y la Fundación de la Segunda Enmienda apoyaron la legislación para aumentar la capacitación en prevención del suicidio y los mensajes para los profesionales de las armas de fuego.²⁶⁸

Punto Destacado de la Comunidad de California: Sistema para Evitar el Suicidio del Puente Golden Gate

California tiene varios puentes y vías férreas donde un gran número de personas mueren por suicidio cada año. El más conocido es el Puente Golden Gate en San Francisco.

Un promedio de 30 personas mueren por suicidio cada año en el puente. Desde que se abrió el puente en 1937, más de 1,700 personas han perdido la vida. La mayoría de las personas que mueren por suicidio en el puente son hombres, blancos, menores de 40 años y viven en el Área de la Bahía. Menos de 35 personas han sobrevivido a su intento.

Además de los aproximadamente 30 suicidios conocidos en 2017, 235 personas fueron salvadas antes de caerse por una variedad de agencias públicas y privadas y ciudadanos, incluyendo la Patrulla del Puente Golden Gate, la Patrulla de Carreteras de California, trabajadores de acero del puente, operadores de grúas, voluntarios de Bridgework Angels y muchos otros.

Se están instalando redes de acero tejido de grado marino, soportadas por andamios, para evitar la muerte y disuadir a las personas de considerar el puente como un medio de morir por suicidio. La barrera costará aproximadamente \$211 millones de los fondos federales, estatales y locales.

No fue fácil obtener la aprobación para instalar la barrera del puente y se tardó años, incluso requirió un cambio en las leyes federales de transporte para permitir la financiación de proyectos de prevención del suicidio. Muchos opositores a la barrera del puente citaron preocupaciones estéticas. Se espera que la barrera esté completamente instalada a principios de 2021.

Para obtener más información, visite <http://www.bridgerail.net/>.

Aunque las armas de fuego causan la mayor cantidad de muertes por suicidio, la sobredosis es el método más común de intento de suicidio.²⁶⁹ Además de las políticas que restringen las recetas y los volúmenes permitidos de medicamentos, otras políticas que aumentan el uso de intervenciones de reducción de daños pueden prevenir la sobredosis con ciertos medicamentos. Por ejemplo, el tratamiento asistido por medicamentos, específicamente el uso de naloxona, puede reducir el suicidio por sobredosis de opiáceos. La naloxona es un medicamento que funciona casi de inmediato para revertir la sobredosis de opiáceos. Tiene pocos efectos adversos conocidos, no tiene potencial de abuso y puede administrarse rápidamente a través de inyección intramuscular o aerosol nasal. Si bien la mayoría de los departamentos de emergencias y primeros auxilios profesionales están equipados con naloxona, los proveedores de servicios de emergencia pueden no llegar a tiempo para revivir a las víctimas de sobredosis. En los últimos años, California ha hecho que la naloxona sea más accesible a través de una orden permanente en todo el estado que permite la administración de naloxona por parte de familiares y amigos en condiciones de intervenir durante una sobredosis relacionada con opiáceos.²⁷⁰

Evaluación del Acceso a Medios Letales — Las pruebas demuestran que evaluar el acceso a medios letales y proporcionar asesoramiento para restringir dicho acceso son dos mejores prácticas para reducir el comportamiento suicida.²⁷¹ Un estudio encontró que las familias de jóvenes de alto riesgo eran significativamente más propensas a eliminar o asegurar medios letales en el hogar cuando se les aconsejó en el departamento de emergencias después del comportamiento suicida de un niño.²⁷² A pesar de tales pruebas, las personas identificadas como que tienen ideación suicida, o aquellas que han sido dadas de alta del entorno de atención sanitaria después de intentar suicidarse, no reciben asesoramiento rutinario sobre la seguridad de los medios.²⁷³ El Asesoramiento sobre el Acceso a Medios Letales (CALM, por sus siglas en inglés) es un recurso gratuito disponible para identificar a las personas que podrían beneficiarse del asesoramiento sobre medios letales, preguntar sobre su acceso a métodos letales y trabajar con ellos, y con sus familias, para reducir el acceso.²⁷⁴ Los proveedores de atención sanitaria están bien posicionados para evaluar el acceso a medios letales cuando dicho paso es relevante para la atención sanitaria, pero muchos se sienten incómodos al hacerlo. En un estudio, los proveedores de salud mental comunitarios tenían más probabilidades de evaluar y reducir el acceso a medios letales en colaboración con personas en riesgo y sus familias después de recibir capacitación de CALM.²⁷⁵

Conectividad

La conectividad es el grado en que una persona o grupo está socialmente cercano, se interrelaciona o comparte recursos con otros.²⁷⁶ La conectividad puede proteger a una persona que se enfrenta a la adversidad. Por ejemplo, se ha demostrado que los programas de pares en el ejército reducen de manera efectiva el riesgo de suicidio cuando se crean redes sociales entre los miembros del ejército y sus pares.²⁷⁷ Aunque las comunidades no están necesariamente vinculadas por vecindarios, escuelas u otras instituciones, estos entornos estructurados pueden ser catalizadores para reducir el riesgo de suicidio entre una población amplia. Se ha demostrado que la conectividad escolar desempeña un papel fundamental a la hora de proteger a los adolescentes contra muchos resultados negativos, incluidos los comportamientos suicidas.²⁷⁸ Los grupos que promueven la conectividad, como la Alianza de Género y Sexualidades en la escuela, son prometedores para reducir la ideación suicida y el intento de suicidio entre los jóvenes.²⁷⁹ La conectividad familiar puede amortiguar el riesgo de suicidio. Se ha demostrado que la aceptación familiar de la orientación sexual y la identidad de género entre los jóvenes protege contra el riesgo de suicidio, y puede modificarse utilizando enfoques basados en evidencia, como el Enfoque de Intervención Familiar del Proyecto de Aceptación Familiar.²⁸⁰

El riesgo de suicidio se reduce cuando las personas confían en las redes sociales y están involucradas en la comunidad.²⁸¹ Las investigaciones muestran que existe una relación entre la conectividad y la seguridad, en concreto, que las personas tienen más probabilidades de participar socialmente en entornos seguros, afirmativos, de apoyo y libres de violencia y discriminación.²⁸² El comportamiento suicida puede compartir factores de riesgo y de protección con otras formas de violencia, como la violencia doméstica y el maltrato de niños y ancianos.²⁸³ Los factores de riesgo compartidos incluyen la falta de apoyo social, el estrés económico y el abuso de sustancias.²⁸⁴ Los factores de protección compartidos incluyen la coordinación de los recursos y servicios de la comunidad, la conectividad y el apoyo familiar.²⁸⁵ Los recursos de prevención para crear capacitación, programas y colaboraciones se pueden usar colectivamente para responder a múltiples formas de violencia, incluido el suicidio.²⁸⁶ Abordar múltiples formas de violencia es un enfoque prudente, especialmente porque las diferentes formas de violencia se superponen e intersectan.²⁸⁷

Capacitación de Resiliencia y Habilidades

La resiliencia es la capacidad de resistir, adaptarse y recuperarse de la adversidad, las amenazas y el estrés. La resiliencia se asocia con la capacidad de afrontamiento o la capacidad individualizada de las personas para gestionar tanto los factores estresantes cotidianos como los factores estresantes más extremos de sus vidas. Las comunidades, incluidos los vecindarios, las escuelas y las organizaciones, pueden desarrollar la resiliencia fortaleciendo los valores culturales y la identidad cultural; volviendo a instituir la historia colectiva, el lenguaje, la espiritualidad y las prácticas curativas; y a través de la acción colectiva.²⁸⁸ La cultura en este contexto puede referirse a la raza/etnia; a la vocación, como personal de primera respuesta y culinario; y a la población especial, como la cultura militar.

Las intervenciones efectivas de habilidades para la vida incluyen técnicas que promueven el pensamiento crítico, la resolución de conflictos, el manejo del estrés y el afrontamiento, y que ayudan a las personas a manejar con seguridad desafíos como el estrés económico, el divorcio, las enfermedades físicas y el envejecimiento. Se han desarrollado enfoques de mejores prácticas para desarrollar habilidades universales para la vida para niños y jóvenes en edad escolar. El Juego de Buen Comportamiento, por ejemplo, es una técnica de gestión en el aula de educación temprana que parece prometedora para reducir el comportamiento suicida durante décadas después de la entrega del programa.²⁸⁹ Los programas de habilidades para la vida adaptados a normas y valores culturales específicos también están respaldados por la evidencia de su efectividad. Uno, el plan de estudios del Desarrollo de Habilidades para la Vida de los Indios Americanos, parece prometedor para reducir la depresión y el comportamiento suicida entre los jóvenes indígenas.²⁹⁰

Informar de Manera Responsable en los Medios de Comunicación

La exposición al comportamiento suicida por parte de una persona puede facilitar la aparición de comportamientos similares y posteriores por parte de otras personas, especialmente entre los adolescentes.²⁹¹ Debido a la exposición, pueden ocurrir múltiples suicidios dentro de un período de tiempo o en un lugar en particular, un patrón conocido como grupo de suicidios.²⁹² Los grupos de suicidios son raros y ocurren casi exclusivamente entre los jóvenes.²⁹³ Los medios de comunicación pueden aumentar inadvertidamente el riesgo de suicidio cuando informan sobre los detalles de un suicidio.²⁹⁴ Por ejemplo, una amplia cobertura mediática del suicidio, en cantidad, duración y prominencia, se asocia con aumentos en las tasas de suicidio.²⁹⁵ Las prácticas perjudiciales en los medios de comunicación, como informar sobre los detalles del método utilizado, también pueden aumentar el riesgo de comportamientos suicidas en otras personas, especialmente en los jóvenes.²⁹⁶ Además, el comportamiento suicida usando un método particular, incluso un método poco común, puede aumentar si ese método se identifica y describe en los medios de comunicación.²⁹⁷

Las mejores prácticas para informar de forma responsable sobre el suicidio incluyen comunicar mensajes que demuestren que el suicidio es evitable, imprimir o emitir historias de esperanza y resiliencia, proporcionar enlaces a recursos de ayuda y no emitir ni publicar información que sensacionalice el suicidio. Los medios de comunicación locales pueden colaborar en la prevención efectiva del suicidio difundiendo el mensaje de que el suicidio se puede evitar a través de historias ficticias, informes de la vida real, vallas publicitarias y anuncios de servicio público.²⁹⁸ Las historias positivas sobre la salud mental y el suicidio pueden llevar a los consumidores de los medios de comunicación a tomar medidas directas para buscar o brindar ayuda.²⁹⁹ Dichas historias también animan a las personas a tener conversaciones abiertas con amigos y familiares.³⁰⁰

PUNTO DESTACADO DE LA COMUNIDAD DE CALIFORNIA: RESPUESTA DESPUÉS DE UN GRUPO DE SUICIDIOS

Entre mayo de 2009 y marzo de 2015, nueve personas que eran estudiantes de secundaria nuevos o actuales o ex alumnos de un solo distrito escolar del Condado de Santa Clara murieron por suicidio. El Departamento de Salud Pública de California pidió ayuda a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y a la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental para investigar las muertes y explorar cómo se podría prevenir el suicidio juvenil en el Condado de Santa Clara, sus distritos escolares y sus ciudades en el futuro.

Entre las recomendaciones estaban las siguientes:

1. Utilizar múltiples enfoques de prevención para abordar múltiples factores de riesgo
2. Garantizar el acceso a la atención de salud mental basada en la evidencia
3. Fortalecer las relaciones familiares y los programas familiares
4. Aumentar la conexión de los estudiantes con la escuela y los programas escolares
5. Identificar y apoyar a las personas en riesgo
6. Fortalecer las intervenciones de crisis
7. Prestar servicios a supervivientes de pérdidas en caso de un suicidio estudiantil
8. Lanzar esfuerzos de prevención que involucren otras formas de violencia
9. Reducir el acceso a medios letales para jóvenes en riesgo
10. Publicar mensajes e información sobre suicidios de manera segura
11. Participar en la planificación estratégica para la prevención del suicidio
12. Seleccionar e implementar programas basados en evidencia
13. Exigir la evaluación continua de los programas

Para obtener más información, visite

<https://www.sccgov.org/sites/phd/hi/hd/epi-aid/Documents/epi-aid-report.pdf>

Acceso a Atención de Salud, Salud Mental y Trastornos por Abuso de Sustancias

Los servicios que brindan una atención adecuada, a tiempo y accesible para la salud, la salud mental y los trastornos por abuso de sustancias tienen el potencial de prevenir el suicidio. Las mejores prácticas incluyen políticas administrativas, como la cobertura total de las necesidades de salud mental y los trastornos por abuso de sustancias en las pólizas de seguro y en la atención gestionada, así como las políticas que abordan la escasez de proveedores, especialmente en las comunidades rurales y marginadas.³⁰¹ Las políticas para abordar la escasez de proveedores incluyen el uso de incentivos financieros y la expansión de los enfoques de telesalud que conectan a proveedores y clientes a través del teléfono, video y tecnologías de Internet.³⁰² Los enfoques móviles y de telesalud pueden aumentar el acceso a la atención sanitaria, especialmente en comunidades aisladas físicamente.³⁰³ Las investigaciones sobre los enfoques de telesalud para la atención del suicidio son limitadas pero prometedoras.³⁰⁴

Los mensajes claros para crear vías de acceso fáciles a los servicios disponibles también son prometedores para la prevención del suicidio. Los mensajes que alientan a las personas a buscar ayuda incluyen enseñar el reconocimiento temprano de las necesidades de salud mental y reducir el estigma asociado con la búsqueda de ayuda, normalizando el comportamiento entre pares. Los programas de pares buscan normalizar los factores de protección, como comunicarse y hablar con personas de confianza, y también promueven la conectividad entre pares.³⁰⁵ Al aprovechar las cualidades de liderazgo y la influencia social de los pares, estos enfoques se pueden utilizar para cambiar las creencias a nivel de grupo y promover un cambio social y de comportamiento positivo.³⁰⁶ Este enfoque ha sido especialmente exitoso en entornos escolares, pero también ha demostrado ser prometedor en el lugar de trabajo y en otros entornos.³⁰⁷

Estrategias Selectivas de Prevención

Las estrategias selectivas de prevención son aquellas enfocadas en la detección de riesgo y en realizar pruebas de detección a subgrupos seleccionados que pueden desarrollar un riesgo de comportamientos suicidas. Las mejores prácticas en esta categoría son las estrategias efectivas que se utilizan para identificar riesgos e intervenir temprano, y para conectar a las personas con los servicios. Las mejores prácticas en la prevención selectiva del suicidio se destacan a continuación.

Atención Colaborativa

La atención colaborativa es un modelo de atención integrado que se ha probado en más de 80 ensayos de control aleatorios. Si bien no se ha demostrado específicamente que reduzca el suicidio, los estudios han confirmado los beneficios de la atención colaborativa para personas con factores de riesgo de suicidio, en concreto, la depresión y la ansiedad.³⁰⁸ Según este modelo, la atención primaria tradicional se integra con un equipo compuesto por un coordinador de atención y un proveedor especializado de salud del comportamiento.³⁰⁹ Este equipo crea un plan holístico para la persona basado en las mejores prácticas, los objetivos dirigidos del cliente y el monitoreo de esos objetivos, haciendo los ajustes necesarios cuando el progreso se detiene. Dos estudios históricos demuestran una ideación suicida reducida utilizando intervenciones colaborativas para adultos mayores que sufren depresión. La Prevención del Suicidio en Personas Mayores de Atención Primaria: Ensayo Colaborativo redujo la ideación suicida y la depresión entre los adultos mayores a través de un enfoque de colaboración entre una persona, un médico de atención primaria y un especialista en salud, como una enfermera, un trabajador social o un proveedor de salud mental.³¹⁰ En segundo lugar, el enfoque Mejorar el Estado de Ánimo—Promover el Acceso al Tratamiento Colaborativo implica desarrollar un plan de atención, con el aporte de la persona, el proveedor de atención primaria, el administrador de atención y el psiquiatra consultor, para reducir la depresión y la ideación suicida en los adultos mayores. La evaluación de este modelo demostró disminuciones significativas en la depresión y en la ideación suicida, además de mejores resultados funcionales y de calidad de vida.³¹¹

Detección y Gestión de la Depresión por Médicos

La mayoría de las personas que mueren por suicidio tuvieron contacto con su médico de atención primaria en el año anterior a la muerte, mientras que casi la mitad tuvieron contacto en el mes anterior a la muerte.³¹² A pesar de dicho contacto, el riesgo de suicidio se reconoce poco y está poco atendido en estos entornos críticos de atención primaria.³¹³ Casi el 70 por ciento de las personas con depresión que consultan a un médico de atención primaria tienen quejas físicas, como dolor físico o trastornos del sueño.³¹⁴ La capacitación de médicos de atención primaria en la identificación del riesgo de suicidio y el tratamiento de la depresión y otros riesgos, como el abuso de sustancias, es prometedora para prevenir el suicidio, especialmente cuando se administra en modelos de atención colaborativa.³¹⁵

Capacitación de Guardianes

La capacitación de guardianes está diseñada para capacitar a docentes, familias, entrenadores, comandantes militares, supervisores, clérigos, personal de respuesta de emergencias, proveedores de atención de urgencia y a otros en la comunidad para identificar a las personas que pueden estar en riesgo de suicidio y responder de manera efectiva, incluida la conexión a servicios.³¹⁶ La capacitación de guardianes se enfoca en aumentar la capacidad de una persona para reconocer las señales de advertencia del suicidio y proporcionar derivaciones.³¹⁷ Algunas capacitaciones incluyen información sobre cómo realizar intervenciones breves para apoyar a las personas en riesgo de suicidio, como reducir el acceso de una persona a medios letales.³¹⁸ La capacitación de guardianes se puede implementar en varios entornos para identificar y apoyar a las personas en riesgo.³¹⁹ Se ha demostrado que dichas capacitaciones aumentan el conocimiento de los factores de riesgo y las señales de advertencia y aumentan la confianza entre las personas que responden a alguien que expresa un deseo de morir.³²⁰

PUNTO DESTACADO DE LA COMUNIDAD DE CALIFORNIA: CAPACITACIONES DISPONIBLES PARA GUARDIANES

A continuación se presentan varias opciones para la concientización sobre prevención del suicidio y capacitaciones de apoyo para los guardianes. Aunque no es exhaustiva, esta lista pretende brindarle al lector un punto de partida para explorar las capacitaciones disponibles.

Question, Persuade, Refer (QPR) | <https://qprinstitute.com/>.

Capacitaciones de **Living Works** | <https://www.livingworks.net/>.

Capacitaciones específicas para entornos escolares disponibles a través de la **Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio** | <https://afsp.org/our-work/education/more-than-sad/> y <https://afsp.org/our-work/education/signs-matter-early-detection/>.

Respuesta a Crisis

La respuesta a crisis puede incluir una variedad de servicios de crisis, que van desde líneas cálidas y líneas de crisis hasta apoyo de estabilización de crisis y atención residencial de crisis a corto plazo.³²¹ Los enfoques de mejores prácticas para la respuesta sistemática a las crisis incluyen centros de llamadas centralizados que utilizan la coordinación en tiempo real a través de los sistemas, asistencia y alcance móvil coordinado en caso de crisis, y servicios residenciales y de estabilización de crisis.³²² También se ha demostrado que la prestación de servicios de crisis coordinados reduce las redundancias y los costos asociados con la conexión de las personas con un nivel adecuado de atención para prevenir el comportamiento suicida.³²³

Bajo modelos efectivos, la línea directa de prevención de suicidios, los mensajes de texto y los servicios de chat brindan apoyo las 24 horas para realizar evaluaciones e intervenciones de suicidio, proporcionar una derivación a los servicios apropiados, ayudar a las personas a desarrollar planes de seguridad y conectar a las personas con recursos de crisis móviles o de emergencia.³²⁴ Las líneas directas generalmente evitan el suicidio de dos maneras: garantizan la seguridad inmediata de las personas en riesgo y conectan a quienes pueden estar en riesgo de suicidio con los recursos disponibles apropiados.³²⁵ La capacitación efectiva y los estándares para la práctica son críticos. Un estudio del personal de las líneas de crisis que recibió Capacitación en Habilidades Aplicadas de Intervención para el Suicidio mostró mejores resultados para las personas que llamaban, entre los que se incluían menos depresión, una sensación reducida de estar abrumado, un menor riesgo de suicidio y un mayor sentimiento de esperanza.³²⁶

PUNTO DESTACADO DE LA COMUNIDAD DE CALIFORNIA: COLABORACIÓN ENTRE EL DISTRITO 7 DE CALTRANS Y DIDI HIRSCH

Los líderes locales de transporte están colaborando con centros de prevención del suicidio para crear entornos seguros con elementos disuasivos físicos y respuestas y mensajes de los servicios de crisis. El distrito 7 de Caltrans, que cubre los condados de Los Ángeles y Ventura, está colaborando con los Servicios de Salud Mental de Didi Hirsch y con el personal regional de primera respuesta para prevenir el suicidio identificando los lugares de la comunidad que se utilizan para el comportamiento suicida, construyendo barreras, cuando sea posible, e instalando señales con información sobre líneas directas de suicidio y cámaras, donde corresponda. El esfuerzo cuenta con el apoyo de una red comprometida de colaboradores, que incluye a personal de primera respuesta, propietarios de instalaciones y equipos, servicios de prevención del suicidio y de crisis, y a las autoridades locales. La coordinación continúa una vez que se identifica y fortifica un lugar. Por ejemplo, los monitores de cámaras capacitados identifican a una persona en riesgo y alertan al personal de primera respuesta y a los servicios de crisis.

Para obtener más información, visite <http://didihirsch.org/>.

Estrategias de Prevención Indicadas

Las estrategias de prevención indicadas se centran en las personas involucradas en comportamientos suicidas y en las personas que sufren por la pérdida de un ser querido por suicidio. Las mejores prácticas en esta categoría se centran en proporcionar una atención que se dirija específicamente al comportamiento suicida y a dar seguimiento a las personas que han sido dadas de alta del entorno de atención sanitaria después de haber sido atendidas por comportamientos suicidas. Las mejores prácticas de prevención indicadas también brindan servicios coordinados, a tiempo y respetuosos a los supervivientes de pérdidas por suicidio.

Evaluación y Gestión del Riesgo de Suicidio

Las mejores prácticas para la detección y la evaluación de riesgos en entornos de atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias incluyen que el proveedor conozca los factores de riesgo y de protección y las señales de advertencia, procedimientos para clasificar el riesgo y tomar

decisiones clínicas en función del riesgo, evaluaciones basadas en evidencia y planificación de seguridad, documentar el nivel de riesgo y las medidas tomadas, y procedimientos de derivación.³²⁷ La estandarización hace que todo el proceso de identificación de riesgos y de conectar a las personas con los servicios sea transparente y colaborativo para el proveedor y para la persona en riesgo.³²⁸ Dos pasos son particularmente críticos para este proceso de colaboración: obtener el consentimiento informado y el uso de un proceso estandarizado de toma de decisiones para hacer rutinarias las designaciones de riesgo en base al historial de intentos de suicidio, la gravedad de los síntomas actuales del riesgo de suicidio y la integración de los factores de riesgo.³²⁹ La estandarización de la evaluación y la gestión del riesgo tiene el potencial de reducir las preocupaciones clínicas o legales sobre los errores de juicio que podrían sobrestimar o subestimar el riesgo.³³⁰ Las evaluaciones de riesgo de suicidio ayudan a identificar factores de riesgo agudos, modificables y tratables y ayudan a los proveedores a reconocer cuándo las personas necesitan métodos más estructurados para gestionar la vida diaria.³³¹

La Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio es una herramienta de detección común que utiliza una serie de preguntas en un lenguaje sencillo para ayudar a los usuarios a identificar si una persona está en riesgo de suicidio, a evaluar la gravedad e inmediatez del riesgo y a identificar un posible apoyo.³³² La herramienta es adecuada para todas las edades y poblaciones especiales y está disponible en más de 100 idiomas específicos de cada país.³³³ En entornos de atención sanitaria, el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ9, por sus siglas en inglés) es una evaluación que hace nueve preguntas sobre los síntomas depresivos experimentados en las dos semanas anteriores, con una pregunta dedicada a si se ha pensado en morir o en estar "mejor muerto". El PHQ9A es el PHQ9 modificado para adolescentes de 11 a 17 años.³³⁴ Finalmente, las Preguntas de Detección de Ask Suicide son una herramienta utilizada para identificar a un joven en riesgo en entornos sanitarios y se tarda menos de un minuto en completarlas.³³⁵ Los resultados que dan positivo mediante el uso de esta herramienta incitan a los proveedores a realizar evaluaciones detalladas adicionales.³³⁶

La planificación de seguridad es una intervención breve que incorpora las mejores prácticas en la de restricción de medios, la resolución de problemas, el apoyo social y los recursos de emergencia.³³⁷ La planificación de seguridad no es un "contrato sin daños" ni un "contrato para la seguridad" que requiere que las personas en riesgo le prometan a un proveedor que la persona no se involucrará en un comportamiento suicida; las investigaciones muestran que dichos "contratos" no son efectivos y que, de hecho, pueden aumentar el riesgo.³³⁸ El Plan de Seguridad, desarrollado por Barbara Stanley, Ph.D. y Gregory Brown, Ph.D., y las herramientas de Planificación de Respuesta a Crisis se basan en las pruebas y se usan comúnmente en muchos entornos. El Plan de Seguridad incluye métodos para mantener seguros los hogares; reconocer las señales de advertencia del suicidio; identificar formas de lidiar con los pensamientos de suicidio; e identificar amigos, familiares y recursos de salud mental y emergencias, como la ubicación del departamento de emergencias más cercano.³³⁹ La Planificación de Respuesta a Crisis es una estrategia utilizada para desarrollar pasos escritos para que una persona en riesgo de suicidio los siga en momentos de crisis o cuando está bajo estrés. Usando una ficha, las personas enumeran los pasos para identificar las señales de advertencia personales, junto con estrategias de afrontamiento y apoyo social y profesional. Los resultados de un ensayo clínico aleatorio muestran que la Planificación de Respuesta a Crisis redujo los intentos de suicidio en un 75 por ciento en comparación con el uso de contratos de seguridad o contratos en los que una persona promete no autolesionarse.³⁴⁰

Intervenciones de Tratamiento

La atención efectiva que se enfoca específicamente en el riesgo de suicidio es efectiva cuando está estructurada e integra habilidades para resolver problemas; una evaluación colaborativa; la planificación de servicios; y un seguimiento cuidadoso constante.³⁴¹ A continuación se muestran las intervenciones de comportamiento y farmacológicas que demuestran ser eficaces en el tratamiento de los comportamientos suicidas:

- **La Terapia Dialéctica Conductual** es un tratamiento cognitivo de comportamiento que combina terapia, capacitación de habilidades y orientación y ha demostrado ser efectiva para tratar el comportamiento suicida y las autolesiones no suicidas a cualquier edad.³⁴² La Terapia Dialéctica Conductual se ha adaptado para adolescentes en un formato más corto, de 16 semanas a 12 meses, e incluye módulos de habilidades para mejorar la comunicación entre padres e hijos, entre otras habilidades.³⁴³ Además, se han adaptado las aplicaciones no clínicas para entornos escolares y enseñan a los estudiantes de sexto a duodécimo grado consciencia, regulación emocional y habilidades interpersonales.³⁴⁴
- **La Terapia Cognitivo-Conductual para la Prevención del Suicidio** es un tratamiento cognitivo de comportamiento para las personas que han intentado suicidarse en los últimos 90 días.³⁴⁵ Los objetivos principales de esta intervención son reducir los factores de riesgo de suicidio, mejorar las habilidades de afrontamiento y prevenir futuros comportamientos suicidas.³⁴⁶ La terapia está diseñada para ayudar a las personas a utilizar medios más efectivos para afrontar los factores estresantes y los problemas que desencadenan las crisis de suicidio.³⁴⁷
- **La Evaluación y Gestión Colaborativas de la Suicidalidad** es un marco terapéutico específico para el suicidio que se puede aplicar con otros tratamientos y en diferentes entornos, incluidos los entornos comunitarios y hospitalarios.³⁴⁸ Es un marco psicoterapéutico que "amplifica la colaboración activa" entre un proveedor de servicios y una persona en riesgo y evalúa y aborda los factores que aumentan el riesgo.³⁴⁹ La alianza entre el proveedor y el cliente tiene como objetivo apoyar la motivación para vivir de la persona en riesgo.³⁵⁰
- **El Programa de Intervención Corta de Intento de Suicidio (ASSIP, por sus siglas en inglés)** es una intervención breve específicamente para supervivientes de intentos.³⁵¹ Enfatiza la alianza terapéutica que se desarrolla en una entrevista inicial entre el proveedor y el superviviente. Los hallazgos son prometedores. Cuando se combinó con el tratamiento clínico, ASSIP pudo reducir el comportamiento suicida durante un período de dos años en las personas que habían intentado suicidarse recientemente.³⁵² ASSIP también ha demostrado reducir los costos de atención sanitaria.³⁵³
- **Las Intervenciones Farmacológicas** pueden reducir el riesgo de suicidio al abordar las necesidades de salud mental.³⁵⁴ Los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, pueden aliviar la depresión y el riesgo de suicidio asociado.³⁵⁵ Se ha comprobado que el litio para el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo y la clozapina para el tratamiento de la esquizofrenia reducen el suicidio entre las personas con estas necesidades.³⁵⁶

Las innovaciones en esta área continúan y se dirigen en gran medida a factores de riesgo altamente tratables, como el insomnio, con intervenciones de bajo riesgo para prevenir el suicidio.³⁵⁷ Las intervenciones de salud no mental son prometedoras para contrarrestar el riesgo. Un ejemplo son los servicios que abordan los trastornos del sueño, que pueden reducir el riesgo y que pueden brindarse mediante intervenciones breves y específicas.³⁵⁸ La estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr) también es prometedora para tratar la ideación suicida. Este enfoque utiliza un imán para estimular áreas específicas del cerebro y generalmente se usa para tratar la depresión y la ansiedad. En un estudio, el 40 por ciento de las personas tratadas con terapia bilateral de EMTr indicaron que ya no tenían pensamientos suicidas.³⁵⁹ Además, la ketamina es un medicamento farmacéutico recientemente aprobado para uso terapéutico para reducir rápidamente los síntomas depresivos y la ideación suicida.³⁶⁰ Los estudios muestran que el riesgo de suicidio agudo se reduce casi de inmediato con la administración de ketamina y los efectos beneficiosos pueden extenderse hasta 10 días.³⁶¹

Intervenciones de los Departamentos de Emergencias

Los departamentos de emergencias desempeñan un papel clave en los esfuerzos de prevención del suicidio.³⁶² Las estadísticas muestran que el 20 por ciento de las personas que mueren por suicidio visitaron un departamento de emergencias en el mes anterior a la muerte, y el 60 por ciento de los supervivientes de intentos de suicidio recibieron atención médica por sus lesiones en los departamentos de emergencias. Los datos nacionales sugieren que las intervenciones en el departamento de emergencias pueden disminuir las muertes por suicidio en un 20 por ciento.³⁶³ El estudio de Evaluación de la Seguridad y Evaluación del Seguimiento del Departamento de Emergencias evaluó una intervención del departamento de emergencias que combinó la realización de pruebas de detección universal del riesgo de suicidio; la evaluación secundaria por un médico; los recursos al dar el alta, incluido un plan de seguridad; y las llamadas telefónicas de seguimiento durante un año. El estudio descubrió disminuciones significativas en el comportamiento suicida entre las personas que recibieron la intervención.³⁶⁴

La efectividad de proporcionar atención de seguimiento, también conocida como contactos afectuosos, a personas que reciben el alta hospitalaria después de un comportamiento suicida está respaldada por pruebas contundentes.³⁶⁵ Uno de los enfoques empíricos más exitosos para la prevención del suicidio fue el "estudio de cartas afectuosas", en el cual el contacto después del alta redujo significativamente el suicidio entre las personas hospitalizadas por depresión o riesgo de suicidio.³⁶⁶ Se contactó a las personas que participaron en el estudio utilizando métodos de bajo costo, como postales y notas breves y afectuosas, al menos cuatro veces al año durante cinco años.³⁶⁷ Las tasas de suicidio se compararon con las de las personas que no recibieron contacto después del alta durante el mismo período.³⁶⁸ Las personas en el grupo de contacto tuvieron una tasa de suicidio más baja en los cinco años del estudio.³⁶⁹ Otro estudio demostró una rentabilidad significativa de la inversión para los seguros comerciales y los planes de atención administrada cuando las personas que salieron del hospital o de los departamentos de emergencias por comportamientos suicidas recibieron llamadas telefónicas de seguimiento.³⁷⁰ Del mismo modo, las llamadas de seguimiento de los proveedores de las líneas de crisis no solo son rentables, sino que se ha demostrado que reducen el comportamiento suicida futuro en las personas que reciben el alta de los entornos de atención sanitaria.³⁷¹

PUNTO DESTACADO DE LA COMUNIDAD DE CALIFORNIA: WELLSPACE HEALTH

Las comunidades de California están vinculando los centros de prevención del suicidio con los sistemas de salud para ofrecer las mejores prácticas. Un ejemplo es WellSpace Health en Sacramento. WellSpace Health ofrece atención integrada de salud y salud del comportamiento y opera la Línea de Crisis de Prevención del Suicidio que atiende a los condados del norte de California. Un programa, el programa de Seguimiento de Atención Primaria para la Prevención del Suicidio, integra la detección del riesgo de suicidio en la atención primaria y deriva a las personas a las líneas de crisis de 24 horas a través del registro electrónico de salud. El programa también proporciona 30 días de seguimiento, monitoreo de riesgos, apoyo emocional, conexión a recursos y planificación de seguridad. Otra iniciativa, el programa de Seguimiento del Departamento de Emergencias, contacta a las personas en riesgo que están a punto de recibir el alta hospitalaria dentro de las 24 horas posteriores al alta, brindando servicios de seguimiento que incluyen apoyo emocional, evaluación de riesgos, planificación de seguridad y monitoreo.

Para obtener más información, visite

<https://www.wellspacehealth.org/services/behavioral-health-prevention/suicide-prevention>.

Posvención

Los esfuerzos de posvención son actividades de prevención organizadas dirigidas a los supervivientes de pérdida por suicidio, o a personas que han perdido a un ser querido por suicidio. Estos supervivientes pueden incluir a familiares, amigos, clínicos, médicos, compañeros de trabajo y voluntarios de líneas de crisis. Los supervivientes de pérdidas a veces se enfrentan al estigma asociado con el suicidio, una reacción que puede no acompañar a otras formas de muerte y puede actuar como una barrera significativa para superar el duelo.³⁷² Las actividades que pueden tener beneficios para los supervivientes de pérdidas incluyen servicios para tratar el duelo y la angustia asociados con la pérdida por suicidio, servicios que mitigan específicamente los efectos negativos de la exposición al suicidio y servicios que previenen el suicidio de personas en riesgo después de la exposición al suicidio.³⁷³ Los grupos de apoyo de duelo cara a cara son la intervención más estudiada para los supervivientes de pérdidas, mientras que los servicios de duelo que adoptan un enfoque familiar son prometedores.³⁷⁴ Con este modelo, los miembros de la familia pueden explorar juntos sus respuestas individuales después de un suicidio y evaluar la respuesta colectiva de la familia.³⁷⁵ Los miembros de la familia pueden participar más en el proceso de curación porque el sistema de apoyo familiar también está siendo atendido y se reducen la mala comunicación o disfunción potencial.³⁷⁶

Plan de Trabajo Estatal de Cinco Años

El siguiente plan de trabajo describe los próximos pasos para implementar los objetivos estatales identificados en la sección Objetivos y metas estratégicos de este plan. Los siguientes pasos identificados a continuación están diseñados para apoyar la implementación local y regional y el avance de los objetivos a nivel estatal.



META 1: MEJORAR EL LIDERAZGO VISIBLE Y LAS COLABORACIONES EN RED

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 1A Establecer un liderazgo centralizado y visible a nivel estatal mediante la creación de la Oficina de Prevención del Suicidio dentro del Departamento de Salud Pública de California para proporcionar una orientación estratégica, brindar asistencia técnica, desarrollar y coordinar capacitaciones, monitorear datos, realizar evaluaciones a nivel estatal y difundir información para avanzar en el progreso estatal.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2021, el Estado debería crear la Oficina de Prevención del Suicidio dentro del Departamento de Salud Pública de California.</p> <p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería desarrollar un plan para facilitar las reuniones trimestrales regionales en todo el estado para compartir recursos, mejores prácticas y lecciones aprendidas en el desarrollo de estrategias para brindar servicios de crisis constantes para prevenir el comportamiento suicida.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio debería desarrollar una estrategia para aprovechar la subvención federal y la financiación de la subvención en bloque y la inversión privada en estrategias de prevención del suicidio.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio debería desarrollar una estrategia para evaluar el plan de prevención del suicidio del Estado e informar anualmente sobre el progreso gradual hacia cada objetivo, incluido el progreso hacia las metas a corto plazo y los resultados a largo plazo.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2023, la Oficina de Prevención del Suicidio debería hospedar y mantener un centro de intercambio de información en línea para apoyar la implementación de las mejores prácticas y asistencia técnica.</p>
<p>OBJETIVO 1B Involucrar a colaboradores públicos y privados mediante la creación del Consejo de Prevención del Suicidio de California para avanzar en los esfuerzos de prevención del suicidio con la planificación estratégica y la difusión de las mejores prácticas en sus respectivos sectores.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2021, el Estado debería crear el Consejo de Prevención del Suicidio de California y nombrar a los miembros del consejo. La Oficina de Prevención del Suicidio debería proporcionar apoyo administrativo al consejo.</p> <p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, el Consejo de Prevención del Suicidio de California debería celebrar su primera reunión y desarrollar un plan de trabajo estratégico. El plan de trabajo debería incluir cómo el consejo apoyará las estrategias estatales descritas en este plan.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2022, el Consejo de Prevención del Suicidio de California debería formar subgrupos específicos según el sector o la estrategia para enfocar la experiencia dentro del consejo y desarrollar una guía para apoyar los esfuerzos de prevención del suicidio en sectores específicos.</p>



META 2: AUMENTAR EL DESARROLLO Y LA COORDINACIÓN DE LOS RECURSOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 2A Acelerar el desarrollo y la gestión de los recursos de prevención del suicidio en las comunidades de California y apoyar la creación de capacidad para utilizar las mejores prácticas en la prevención del suicidio mediante la difusión de orientación y recursos.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2021, el Estado debería crear incentivos para la planificación e implementación local y regional de prevención del suicidio, incluida la oferta de subvenciones para apoyar el desarrollo de capacidades para ofrecer las mejores prácticas priorizadas en el plan del estado.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2021, el Estado debería enmendar la legislación vigente que exige que las escuelas públicas con estudiantes de los grados K a 12 desarrollen una política de prevención del suicidio incluyendo una disposición de supervisión por parte del Departamento de Educación. La enmienda debería requerir que las escuelas presenten políticas al departamento para su revisión y difusión, y el departamento debería brindar asistencia técnica y apoyo a las escuelas sin políticas. El departamento también debería examinar las barreras para la prevención del suicidio identificadas por las escuelas, incluidos los problemas de responsabilidad, las leyes de privacidad, las medidas de seguridad y los requisitos legales para el consentimiento de los padres, y desarrollar recomendaciones para abordarlas. Debería exigirse al departamento que recopile datos agregados sobre las evaluaciones de riesgo de suicidio realizadas por las escuelas, incluidos los datos demográficos de los estudiantes (grado, sexo, raza/etnia, orientación sexual e identidad de género) y datos sobre el nivel de riesgo de suicidio.</p> <p>El Departamento de Educación debería evaluar la efectividad de las políticas escolares actuales y revisar su política modelo en base a las mejores prácticas. Además, el departamento debería desarrollar una estrategia para evaluar las políticas de manera continua, a través de métricas como reducciones en el comportamiento suicida, aumentos en la conexión a los servicios y aumentos en los estudiantes y el personal escolar que buscan ayuda.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2021, el Estado debería enmendar la legislación vigente que exige que las escuelas públicas con estudiantes de los grados K a 12 desarrollen una política de prevención del suicidio ampliando este mandato a las facultades y universidades.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio debería difundir información para apoyar la planificación e implementación local de la prevención del suicidio, que puede incluir métodos como establecer colaboraciones regionales de aprendizaje y comunidades de práctica para compartir recursos y datos, mejores prácticas y lecciones aprendidas.</p>



META 2: AUMENTAR EL DESARROLLO Y LA COORDINACIÓN DE LOS RECURSOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 2B Identificar oportunidades para implementar la integración de estrategias de prevención del suicidio en todos los sistemas y programas. El estado debería buscar oportunidades para promover la comunicación y el intercambio de información entre colaboradores privados y públicos y proporcionar orientación sobre la incorporación de mensajes de prevención del suicidio en diversos entornos, estrategias y campañas de salud pública.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio y el Consejo de Prevención del Suicidio de California deberían desarrollar y difundir una guía para aumentar la colaboración efectiva entre los colaboradores públicos y privados para integrar estrategias de prevención del suicidio en todos los programas e iniciativas estatales. Esta guía debe incluir la difusión de información para aumentar la colaboración con personas que han vivido experiencias con comportamientos suicidas y necesidades de salud del comportamiento.³⁷⁷ Este esfuerzo debe incluir una descripción de los desafíos legales y éticos y de las barreras que pueden surgir a medida que se integran los servicios, como los desafíos y barreras asociados con el intercambio de información confidencial.</p>
<p>OBJETIVO 2C Alinear esfuerzos e inversiones para abordar múltiples formas de violencia que pueden compartir factores de riesgo y de protección con el suicidio, incluidas estrategias para reducir el trauma en la primera infancia.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2022, el Estado, con el liderazgo del Departamento de Salud Pública y colaboradores públicos y privados, debería realizar un análisis ambiental de las estrategias y programas universales de prevención de la violencia basados en la población en todo el estado. Esta encuesta debería incluir programas de prevención del suicidio, así como aquellos que aborden factores de riesgo y de protección compartidos por múltiples formas de violencia.</p> <p>Hasta el 31 de diciembre de 2022, el Estado, con el liderazgo del Departamento de Salud Pública y colaboradores públicos y privados, debería desarrollar recomendaciones para ayudar a las comunidades a aumentar la cohesión y seguridad de la comunidad, especialmente para los grupos vulnerables, y destacar las áreas de California donde los programas están haciendo un impacto. El esfuerzo debería centrarse en formas de aumentar los factores de protección clave, incluida la conectividad, la resiliencia y las oportunidades económicas, así como otros determinantes sociales de la salud.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2023, el Estado, con el liderazgo del Departamento de Salud Pública y colaboradores públicos y privados, debería identificar un conjunto común de medidas e indicadores que podrían ser utilizados por los programas que abordan la prevención de la violencia para mejorar la alineación, dar seguimiento al progreso y mejorar comprensión de las necesidades y brechas en todo el estado.</p>



META 3: AVANZAR EN EL MONITOREO Y EN LA EVALUACIÓN DE DATOS

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 3A Establecer sistemas de registro electrónicos centralizados para capturar datos relacionados con las muertes por suicidio y el comportamiento suicida. Los sistemas deberían incluir datos demográficos, como raza/etnia, edad, sexo, identidad de género y orientación sexual, así como la pertenencia a grupos vulnerables, como el servicio militar y las mujeres en el período perinatal y posparto. Se deberían utilizar procedimientos de codificación uniformes.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2021, el Estado debería autorizar a los condados para utilizar modelos de equipo de revisión de muertes entre agencias para identificar, revisar y evaluar las tendencias, circunstancias y resultados de muerte por suicidio para informar y fortalecer las estrategias locales de prevención, incluido el intercambio de información confidencial mientras se protege la privacidad.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2021, el Estado debería crear incentivos para que las escuelas participen regularmente en la Encuesta de Niños Sanos de California para monitorear las tendencias en el comportamiento suicida entre los estudiantes. Dichos incentivos deberían incluir la asignación de recursos adicionales para crear informes sobre el comportamiento suicida de los estudiantes que sean específicos de cada escuela e incentivos adicionales para recopilar datos demográficos clave, como la orientación sexual y la identidad de género.</p> <p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, el Estado, con el liderazgo del Departamento de Salud Pública, debería expandir el Sistema de Registro de Muertes Violentas de California (CalVDRS, por sus siglas en inglés) existente a más condados para recopilar y analizar datos de suicidio locales y estatales proporcionando asistencia técnica a médicos forenses y examinadores médicos locales. La asistencia debería mejorar los registros a tiempo y electrónicos de las muertes por suicidio y sus circunstancias, incluidos los factores contribuyentes y el lugar específico de la muerte si fue fuera del hogar, para ayudar a identificar y fortalecer la seguridad de los lugares utilizados por las personas para morir por suicidio.</p> <p>El Estado debería invertir recursos adicionales en asistencia técnica para aumentar la participación de médicos forenses, examinadores médicos y agencias de las fuerzas de seguridad en el CalVDRS para proporcionar información más detallada sobre las circunstancias que rodean las muertes violentas, incluido el suicidio. Estos detalles deberían incluir datos estandarizados sobre características demográficas, pertenencia a un grupo vulnerable, utilización de servicios de salud mental antes de la muerte y determinantes sociales, como la vivienda y el estado laboral.</p> <p>Hasta el 1 de enero de 2022, el Estado, con el liderazgo del Departamento de Salud Pública y del Departamento de Servicios de Atención Médica, debería identificar elementos de datos adicionales que se deberían recopilar a través de la Encuesta de Entrevista de Salud de California. Los datos adicionales deberían centrarse en el riesgo de suicidio y en los factores de protección para mejorar el monitoreo del comportamiento suicida en todo el estado.</p>



META 3: AVANZAR EN EL MONITOREO Y EN LA EVALUACIÓN DE DATOS

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 3A <i>continuación</i></p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2023, el Estado, incluidos los colaboradores públicos y privados, debería desarrollar e implementar una estrategia para mejorar la estandarización de la codificación y el registro de comportamientos suicidas, incluido el desarrollo de pautas para determinar la intención de morir por suicidio. El estado también debería desarrollar un plan para proporcionar capacitación y asistencia técnica a los representantes de los hospitales a fin de mejorar la identificación, la codificación y el registro de comportamientos suicidas de las personas atendidas en los departamentos de emergencias e ingresadas en los hospitales.</p> <p>Hasta el 31 de diciembre de 2023, el Estado, incluidos los colaboradores públicos y privados, debería crear un mecanismo de registros centralizado y electrónico de la cantidad de personas examinadas por riesgo de suicidio en hospitales y departamentos de emergencias, y con datos que documenten cómo aquellos que fueron identificados positivamente en diversos niveles de riesgo se clasificaron en los servicios. Por ejemplo, los datos en los registros electrónicos de salud podrían extraerse y agregarse antes de enviarlos a una base de datos centralizada. Este esfuerzo también debería explorar oportunidades para expandir la participación del Estado en la Plataforma BioSense del Programa Nacional de Vigilancia Sindrómica de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, una base de datos que recopila y analiza datos y tendencias casi en tiempo real sobre las personas que reciben servicios en los departamentos de emergencias.³⁷⁸</p>
<p>OBJETIVO 3B Desarrollar una agenda de monitoreo y evaluación de datos sobre muertes por suicidio y comportamientos suicidas, que incluya elementos de datos que documenten intentos de suicidio interrumpidos o abortados e intervenciones de servicios de crisis ("datos de salvados") que resultaron en la disminución del deseo y la intención de morir por suicidio. La agenda debería incluir una orientación para apoyar el intercambio estatal y local de información y datos, incluidos métodos para compartir información confidencial entre diversos colaboradores al tiempo que se respetan las leyes de privacidad y seguridad estatales y federales.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería crear un grupo de trabajo, que incluya personas que hayan vivido experiencias y otros expertos en la materia, para desarrollar una agenda de monitoreo y evaluación de datos sobre comportamientos suicidas, incluidos elementos de datos que documenten intentos de suicidio interrumpidos o abortados e intervenciones de servicio de crisis que resultaron en la disminución del deseo y la intención de morir por suicidio. La agenda debería incluir una guía sobre la evaluación de los programas locales y debería identificar medidas para monitorear los resultados a nivel estatal. La agenda debería crear e implementar una metodología para usar los datos de las muertes por suicidio y de comportamiento suicida para evaluar la proporción de comportamiento suicida que resulta en muerte, y debería describir cómo se monitorearán las tendencias en los grupos de alto riesgo y los medios letales utilizados. El grupo de trabajo debería identificar oportunidades para ampliar la investigación que explora prácticas definidas por la comunidad que reducen el riesgo de suicidio en distintos grupos culturales y debería difundir los resultados directamente en las comunidades afectadas y al público.</p>



META 3: AVANZAR EN EL MONITOREO Y EN LA EVALUACIÓN DE DATOS

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
OBJETIVO 3B <i>continuación</i>	<p>Hasta el 1 de julio de 2023, el grupo de trabajo debería desarrollar una propuesta para el Gobernador y la Legislatura para crear una base de datos electrónica centralizada y estándares de registro para capturar datos sobre intentos de suicidio interrumpidos o abortados e intervenciones de servicios de crisis que resultaron en la disminución del deseo y la intención de morir por suicidio. Los datos deben incluir el tipo de intervención utilizada y deberían incluir el tipo de servicios a los que se derivó y la duración entre el incidente y la entrada en los servicios. Las fuentes de datos incluyen, entre otros, personal de primera respuesta, proveedores de atención sanitaria y de emergencia, proveedores de servicios de crisis y representantes de puentes y transporte. La propuesta debe incluir una estimación de los costos asociados con la base de datos centralizada, así como con los estándares de registro.</p>
OBJETIVO 3C Estandarizar políticas y procedimientos para investigar y reportar el suicidio como causa de muerte. Deberían incluir definiciones uniformes de suicidio, así como protocolos para trabajar con supervivientes de pérdidas por suicidio e informar a los funcionarios de salud en el contexto de un grupo de suicidios. Los protocolos deberían incluir requisitos claros sobre cómo se determina la causa de muerte, cómo se llevan a cabo las investigaciones y cómo se comunica la información, y por quién, dentro de un cierto plazo después de la muerte. También se debería proporcionar capacitación en los métodos para minimizar la clasificación errónea y acelerar el registro a tiempo.	<p>Hasta el 1 de julio de 2023, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo para desarrollar y difundir las mejores prácticas en los procedimientos de investigación de muerte por suicidio, incluida una guía para médicos forenses y examinadores médicos para documentar problemas de comportamiento, hospitalizaciones, medicamentos, historiales de comportamiento suicida y salud mental familiar y trastornos por abuso de sustancias.</p> <p>La guía debería incluir métodos para compartir datos con los equipos locales o estatales de revisión de muertes con el objetivo de identificar oportunidades para mejorar las estrategias de prevención. La información también debería incluir pautas para médicos forenses y examinadores médicos para identificar y reportar la orientación sexual y la identidad de género de las personas que mueren por suicidio y debería incluir recomendaciones para cualquier modificación necesaria a los sistemas de registro existentes para permitir informar sobre la orientación sexual y la identidad de género de las personas que mueren por suicidio.</p>



META 4: CREAR ENTORNOS SEGUROS REDUCIENDO EL ACCESO A MEDIOS LETALES

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 4A Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de crear entornos seguros reduciendo el acceso a medios letales.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo de expertos en la materia para crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en los objetivos descritos en el Objetivo Estratégico 2. En la redacción de este plan se identificaron como prioridades explorar oportunidades para 1) aclarar los criterios de cuándo se debe devolver un arma de fuego al dueño de la pistola después de que se transfirió específicamente para evitar un intento de suicidio según la ley actual; y 2) fortalecer las medidas de prevención de la violencia con armas, como ampliar la elegibilidad para obtener una Orden de Restricción por Violencia con Armas, y ampliar los requisitos para la verificación de antecedentes en el punto de venta de armas de fuego.</p>
<p>OBJETIVO 4B Monitorear las tendencias a nivel estatal en los medios letales utilizados para el comportamiento suicida y desarrollar una estrategia estatal de asistencia técnica para ampliar los esfuerzos para reducir el acceso a los medios letales identificados.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería celebrar acuerdos de uso de datos para recibir datos relacionados con el suicidio de los departamentos estatales para monitorear el uso de medios letales en el comportamiento suicida y evaluar las tendencias. La oficina debería usar los datos para adaptar los recursos de asistencia técnica. La información sobre la reducción de las muertes por suicidio y el comportamiento suicida utilizando ligaduras fuera de los entornos penitenciarios y hospitalarios se identificó como una necesidad en la preparación del plan estatal de prevención del suicidio.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2022, el Estado, con el liderazgo del Departamento de Salud Pública, debería desarrollar e implementar una estrategia de asistencia técnica para ampliar la información sobre las prácticas para reducir el acceso a medios letales y la disponibilidad de métodos que pueden prevenir lesiones debido a comportamientos suicidas y muerte por suicidio, incluidas políticas para restringir el acceso a armas de fuego y políticas para aumentar el uso de candados de armas, cajas fuertes de armas y medicamentos, dispositivos para desechar medicamentos no utilizados y medicamentos para contrarrestar una sobredosis, como la naloxona para sobredosis de opiáceos.</p>



META 4: CREAR ENTORNOS SEGUROS REDUCIENDO EL ACCESO A MEDIOS LETALES

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 4C Difundir información sobre los fondos federales disponibles para apoyar las barreras de suicidio en el diseño o rediseño de puentes y otros lugares donde pueden ocurrir muertes por suicidio.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio debería crear un centro de intercambio de información en línea de estrategias y recursos para reducir el acceso a medios letales, incluyendo información sobre los fondos públicos y privados disponibles. El centro de intercambio de información en línea debería incluir métodos para acelerar la difusión e implementación de las mejores prácticas, como hojas informativas y guías prácticas. El centro de intercambio de información en línea debería incluir información sobre nuevos enfoques para reducir el acceso a medios letales a medida que surjan.</p> <p>Hasta el 31 de diciembre de 2023, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo para revisar y hacer recomendaciones para modificar edificios, puentes y otras estructuras si dichas modificaciones son necesarias para prevenir el suicidio en lugares identificados. La oficina debería colaborar con la Comisión Costera de California, la Oficina de Preservación Histórica, los líderes de transporte y otros para abordar la "línea visual" y otras preocupaciones estéticas que pueden impedir modificaciones que mejoren la seguridad.</p>



META 5: EMPODERAR A LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES PARA QUE BUSQUEN AYUDA CUANDO SURJAN NECESIDADES DE SALUD MENTAL Y DE TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 5A Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de empoderar a las personas, familias y comunidades para que busquen ayuda cuando surjan necesidades de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo de expertos en la materia para crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en los objetivos descritos en el Objetivo Estratégico 2.</p>



META 5: EMPODERAR A LAS PERSONAS, FAMILIAS Y COMUNIDADES PARA QUE BUSQUEN AYUDA CUANDO SURJAN NECESIDADES DE SALUD MENTAL Y DE TRASTORNOS POR ABUSO DE SUSTANCIAS

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 5B Integrar los programas de aprendizaje socioemocional en los planes de educación públicos y privados para fortalecer las habilidades de comunicación y resolución de problemas, la regulación emocional y las habilidades de resolución de conflictos entre niños y jóvenes.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2024, el Estado, con el liderazgo del Departamento de Educación, la Junta Estatal de Educación y la Comisión de Calidad Educativa, debería desarrollar estándares para el aprendizaje socioemocional y exigir la implementación de dichos estándares en las escuelas.</p>



META 6: AUMENTAR LA CONEXIÓN ENTRE LAS PERSONAS, LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 6A Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de aumentar la conexión entre las personas, los miembros de la familia y la comunidad.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo de expertos en la materia para crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en los objetivos descritos en el Objetivo Estratégico 2.</p>
<p>OBJETIVO 6B Identificar y promover oportunidades para fomentar relaciones positivas y de apoyo.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2023, la Oficina de Prevención del Suicidio debería desarrollar y difundir una guía sobre cómo crear o ampliar el apoyo social como un medio para normalizar los factores de protección, como buscar ayuda para las necesidades de salud mental y los trastornos por abuso de sustancias y la resolución proactiva de problemas. La guía debería incluir cómo se puede desarrollar el apoyo social en distintos entornos, incluidas las escuelas, el lugar de trabajo y la comunidad. La guía debería incluir estrategias específicas para reducir el riesgo para los miembros de grupos vulnerables. La guía debería incluir oportunidades para aprovechar los grupos de autoayuda, especialmente aquellos que apoyan a los miembros de grupos vulnerables, como Alcohólicos Anónimos, y grupos de apoyo, como el Grupo de Apoyo para la Recuperación de la Conexión de la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales. La guía debería incluir medidas de efectividad específicas para reducir el suicidio y el comportamiento suicida y métodos de evaluación.</p>



META 7: AUMENTAR EL USO DE LAS MEJORES PRÁCTICAS PARA INFORMAR SOBRE SUICIDIOS Y PROMOVER EL USO SALUDABLE DE LAS REDES SOCIALES Y LA TECNOLOGÍA

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 7A Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de aumentar el uso de las mejores prácticas a la hora de informar sobre los suicidios y promover el uso saludable de las redes sociales y la tecnología.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo de expertos en la materia para crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en los objetivos descritos en el Objetivo Estratégico 2.</p>
<p>OBJETIVO 7B Aumentar la conciencia de las mejores prácticas para informar sobre suicidios colaborando con asociaciones y organizaciones de periodismo para difundir información y recursos a periodistas y colaboradores de los medios de comunicación.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio debería crear un grupo de trabajo con medios de comunicación y organizaciones periodísticas que publiquen códigos de ética periodística para desarrollar un proceso para promover e incentivar el uso de las mejores prácticas para informar sobre el suicidio. Este esfuerzo debería producir una guía para aumentar la conciencia de las mejores prácticas para informar y enviar mensajes sobre los suicidios en los medios de comunicación y para colaborar con representantes de los medios de comunicación y de la industria del entretenimiento. También debería incluir una estrategia para la difusión de los recursos.</p>
<p>OBJETIVO 7C Integrar en el plan de estudios universitario de periodismo las mejores prácticas para informar sobre el suicidio a través de diversas formas de medios y entretenimiento.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2024, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo que desarrolle recomendaciones para integrar las mejores prácticas a la hora de hablar sobre el suicidio en los medios de comunicación en los programas universitarios de periodismo.</p>
<p>OBJETIVO 7D Identificar y difundir las mejores prácticas de uso de las redes sociales y la tecnología para mejorar el bienestar, desestigmatizar las necesidades de salud mental y aumentar la búsqueda de ayuda para servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2024, el Estado, incluidos los colaboradores públicos y privados, debería desarrollar un proceso para difundir información y recursos sobre el uso saludable de las redes sociales, adaptado al grupo de edad y al entorno, así como información y recursos para padres y cuidadores.</p>



META 8: AUMENTAR LA DETECCIÓN Y LA EVALUACIÓN PARA CONECTAR A LAS PERSONAS CON LOS SERVICIOS EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 8A Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de aumentar la detección y evaluación para conectar a las personas con los servicios en función del riesgo de suicidio.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo de expertos en la materia para crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en los objetivos descritos en el Objetivo Estratégico 3. Durante la redacción de este plan, se identificaron como áreas clave para las políticas el mejorar el cumplimiento de las leyes de paridad estatales y federales y el acceso a tiempo a la atención de salud y salud mental, y el garantizar la cobertura por parte del seguro de los servicios preventivos.</p>
<p>OBJETIVO 8B Adoptar la Iniciativa Zero Suicide en los sistemas de atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias.</p>	<p>Hasta el 1 de enero de 2023, el Estado, en consulta con colaboradores privados y públicos, debería formar un grupo de trabajo que haga recomendaciones para implementar el marco de la Iniciativa Zero Suicide en los sistemas de atención de salud pública y privada, salud mental y trastornos por abuso de sustancias en todo California. Este esfuerzo debería incluir la identificación de fondos estatales que pueden ser necesarios para desarrollar la capacidad de asistencia técnica y capacitación. Como parte de esta iniciativa, el departamento debería colaborar con los sistemas de salud de California que actualmente implementan la Iniciativa Zero Suicide, como Kaiser Permanente.</p>
<p>OBJETIVO 8C Ampliar los recursos para apoyar a los proveedores de servicios de salud para aumentar el acceso y la conexión a los servicios de salud mental y de trastornos por abuso de sustancias y a servicios de apoyo culturalmente apropiados para aquellas personas que hayan sido identificadas como que necesitan dichos servicios. Esta estrategia incluye a proveedores en entornos penitenciarios.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2022, el Estado, en consulta con colaboradores públicos y privados, debería crear incentivos para ampliar el uso de la Atención Colaborativa en los sistemas de atención sanitaria. Las opciones pueden incluir ampliar los ámbitos de práctica para asistentes médicos y proveedores de enfermería específicamente capacitados en la evaluación, gestión y derivación de riesgos de prevención del suicidio; proporcionar orientación y reducir las barreras para facturar los planes de salud por servicios; y reducir las cargas de documentación.</p>



META 8: AUMENTAR LA DETECCIÓN Y LA EVALUACIÓN PARA CONECTAR A LAS PERSONAS CON LOS SERVICIOS EN FUNCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 8D Aumentar la capacitación estandarizada que se ofrece a los proveedores de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias en las mejores prácticas de evaluación y gestión del riesgo de suicidio. Mejorar la evaluación y la gestión uniforme del riesgo de suicidio en entornos de atención sanitaria para alinearse con las directrices de la Comisión Conjunta y la Iniciativa Zero Suicide. Dichos entornos incluyen centros penitenciarios estatales y locales.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio debería difundir consejos sobre la detección del riesgo de suicidio para grupos en riesgo, incluidas las personas expuestas a abuso físico y sexual, las víctimas de violencia doméstica u otra violencia interpersonal, las familias y jóvenes que están en el sistema de bienestar infantil, jóvenes LGBTQ identificados y aquellos que no están seguros, y personas en centros de detención o en libertad condicional o supervisión de libertad condicional.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2023, el Estado, en consulta con colaboradores privados y públicos, debería desarrollar una estrategia para brindar capacitación sobre las mejores prácticas para la evaluación y gestión del riesgo de suicidio a todos los proveedores de atención sanitaria. Debido a que los mismos proveedores de atención sanitaria tienen un mayor riesgo de suicidio, las capacitaciones deberían incluir un componente sobre las mejores prácticas para el bienestar de los proveedores, incluidos los métodos para reducir el agotamiento, la fatiga por compasión y el trauma indirecto.</p>
<p>OBJETIVO 8E Invertir en tecnología para sistemas que atiendan la salud, la salud mental y los trastornos por abuso de sustancias para mejorar la evaluación y la gestión uniforme del riesgo de suicidio. Las metas incluyen identificar a las personas en riesgo y clasificar a las personas en riesgo para que reciban los servicios apropiados y un apoyo culturalmente apropiado.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2023, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo para desarrollar y difundir consejos sobre el uso de la tecnología para apoyar la evaluación y gestión del riesgo de suicidio, y para mejorar la clasificación de personas en entornos de alto riesgo, incluidos los sistemas de atención sanitaria. Este esfuerzo también debería evaluar el uso de datos administrativos para detectar y monitorear el riesgo de suicidio cuando el realizar las pruebas de detección no es factible. Por ejemplo, los datos administrativos escolares que indican el riesgo pueden incluir ausencias, tardanzas excesivas y cambios significativos en el rendimiento académico y en el comportamiento en la escuela.</p>



META 9: BRINDAR SERVICIOS DE CRISIS CONTINUAMENTE DENTRO DEL CONDADO Y ENTRE LOS CONDADOS

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 9A Desarrollar e implementar una estrategia para coordinar la prestación de servicios de crisis, incluida una evaluación de la infraestructura actual de servicios de crisis y la financiación pública y privada para los servicios.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2022, el Estado, con el liderazgo del Departamento de Servicios de Atención Médica y colaboradores públicos y privados, debería formar un grupo de trabajo para desarrollar una estrategia para evaluar los servicios de crisis y determinar en qué medida previenen el comportamiento suicida los servicios de crisis. En base a sus hallazgos, el grupo de trabajo debería hacer recomendaciones para estandarizar los sistemas de prestación de servicios de crisis en todo el estado. Las recomendaciones deberían abordar las barreras de capacitación y capacidad, y el plan de evaluación debería implementarse antes del 1 de julio de 2023.</p> <p>Como parte de este esfuerzo, el Estado debería evaluar la capacidad actual de capacitación y asistencia técnica y determinar qué asistencia adicional se necesita para mejorar sistemáticamente los servicios de crisis en todo el estado, incluidas las oportunidades para ampliar los proveedores de crisis bilingües y biculturales. El departamento debería explorar la posibilidad de implementar el Modelo Crisis Now en todo California.³⁷⁹ El departamento también debería desarrollar un proceso para monitorear el aseguramiento de la calidad y el control de calidad de los servicios de crisis, incluyendo cómo el estado hará un seguimiento regular de los datos, objetivos y medidas y cómo informará al público. Después de evaluar las necesidades e identificar las fuentes de financiación públicas y privadas, el departamento debería hacer recomendaciones al Gobernador y la Legislatura sobre cualquier recurso adicional que sea necesario para garantizar que la red de servicios de crisis esté suficientemente financiada. El departamento debería considerar el uso de una herramienta, como la Calculadora de Necesidades de Recursos de Crisis, para la evaluación.</p> <p>Hasta el 31 de diciembre de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio debería desarrollar y difundir una guía sobre la planificación y coordinación de servicios de crisis para escuelas, facultades y universidades para prevenir el comportamiento suicida entre los estudiantes. La guía debería incluir información sobre cómo las escuelas podrían conectarse formalmente a los servicios de crisis y apoyos de la comunidad.</p> <p>Hasta el 31 de diciembre de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio debería desarrollar y difundir una guía sobre la integración de las mejores prácticas en la prevención del suicidio en la capacitación para intervenciones de crisis, así como en los modelos de respuesta conjunta, en los que los agentes de las fuerzas de seguridad y los proveedores de salud mental responden conjuntamente a las crisis de salud del comportamiento. Las mejores prácticas deberían incluir la evaluación y la derivación a servicios en función del riesgo de suicidio y del aumento de la seguridad reduciendo el acceso a medios letales.</p>



META 9: BRINDAR SERVICIOS DE CRISIS CONTINUAMENTE DENTRO DEL CONDADO Y ENTRE LOS CONDADOS

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 9B Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de promover servicios de crisis continuos dentro del condado y entre los condados.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo de expertos en la materia para crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en los objetivos descritos en el Objetivo Estratégico 3.</p>
<p>OBJETIVO 9C Crear estándares uniformes para las líneas directas de suicidio y crisis en el estado, incluyendo estándares para la capacitación y las competencias básicas de los que responden a las llamadas; protocolos para el monitoreo del desempeño y el control de calidad; y procedimientos para hacer derivaciones a servicios, incluidos los servicios de emergencia.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería desarrollar una estrategia para recopilar datos de los servicios de crisis y monitorear la calidad, oportunidad y efectividad de los servicios para reducir el comportamiento suicida.</p> <p>Como parte de este esfuerzo, la oficina debería desarrollar estándares uniformes para las líneas directas y centros de prevención del suicidio, incluidos estándares de capacitación para el personal de las líneas directa y objetivos de rendimiento. Una opción es la adopción de estándares mínimos establecidos por una organización de acreditación, como la Asociación Estadounidense de Suicidología o la Línea Nacional de Prevención del Suicidio. La oficina debería identificar incentivos por adherirse a estándares uniformes, como hacer que la adherencia sea una condición para la financiación estatal.</p>



META 10: OFRECER LAS MEJORES PRÁCTICAS EN ATENCIÓN DIRIGIDA AL RIESGO DE SUICIDIO

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 10A Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de ofrecer las mejores prácticas en atención dirigida al riesgo de suicidio.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo de expertos en la materia para crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en los objetivos descritos en el Objetivo Estratégico 4. La implementación de la Ley Federal de Paridad y garantizar la cobertura del seguro de salud para los servicios que abordan el riesgo de suicidio, específicamente los servicios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias, se identificaron como objetivos de políticas clave durante la redacción de este plan.</p>
<p>OBJETIVO 10B Crear un proceso para certificar a proveedores capacitados en proporcionar las mejores prácticas en la evaluación y gestión del riesgo de suicidio y en intervenciones específicas para la prevención del suicidio. La certificación podría incluir requisitos mínimos de educación, capacitación y educación continuada, y debería incluir un proceso de revisión y aprobación. Esta estrategia incluye a proveedores en entornos penitenciarios.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2023, el Estado, en consulta con colaboradores públicos y privados, debería crear incentivos para que las entidades que otorgan licencias de salud del comportamiento desarrollen una certificación para proveedores que utilizan las mejores prácticas de evaluación, gestión y tratamiento del riesgo de suicidio y para que desarrollen una base de datos, que sea accesible al público, de todos proveedores certificados.</p> <p>Las entidades que otorgan licencias de salud mental en California incluyen la Junta Médica, la Junta de Psicología y la Junta de Ciencias del Comportamiento.</p>
<p>OBJETIVO 10C Crear una estrategia para aumentar la capacidad de la fuerza laboral de los proveedores de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias para prestar servicios relacionados con el suicidio.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio debería desarrollar un centro de recursos en línea para apoyar la educación continua de los proveedores de atención de salud, salud mental y trastornos por abuso de sustancias en cuanto a las mejores prácticas en intervenciones y terapias de prevención del suicidio.</p> <p>Hasta el 31 de diciembre de 2024, el Estado, en consulta con colaboradores públicos y privados, debería exigir educación y capacitación en las mejores prácticas terapéuticas dirigidas al riesgo de suicidio en todos los planes de estudio de educación médica y clínica.</p>



META 11: GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y EL SEGUIMIENTO DESPUÉS DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL SUICIDIO

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 11A Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de garantizar la continuidad de la atención y el seguimiento después de los servicios relacionados con el suicidio.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo de expertos en la materia para crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en los objetivos descritos en el Objetivo Estratégico 4.</p>
<p>OBJETIVO 11B Establecer un programa para ofrecer capacitación en asesoría de restricción de medios letales a los proveedores de atención sanitaria, y distribuir cajas de seguridad y candados para armas y medicamentos a los hospitales, con distribución prioritaria a las familias y cuidadores de personas que son dadas de alta después de un intento de suicidio.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2023, el Estado, en consulta con colaboradores públicos y privados, debería crear un programa para apoyar la capacitación de proveedores de atención médica y hospitales sobre la distribución de productos de seguridad de medios, como cajas de seguridad para armas o medicamentos, y educación para familias y cuidadores de personas dadas de alta después de recibir servicios por un intento de suicidio. Este esfuerzo debería tener en cuenta los desafíos y las oportunidades para integrar información sobre las opciones legales para la transferencia y eliminación de armas de fuego y municiones en el hogar para mantener a una persona en riesgo a salvo de futuras lesiones y de la muerte.</p>
<p>OBJETIVO 11C Garantizar que se sigan las mejores prácticas para la continuidad de la atención después del alta tras recibir servicios relacionados con el suicidio en los departamentos de emergencias y entornos hospitalarios, incluido el uso rutinario y estandarizado de tarjetas de seguimiento, mensajes de texto y correos electrónicos.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2023, el Estado, en consulta con colaboradores privados y públicos, debería exigir a todos los hospitales y departamentos de emergencias que desarrollen políticas y protocolos para brindar asesoramiento sobre la restricción de medios letales; que distribuyan productos de seguridad de medios, como cajas de seguridad para armas o medicamentos; y que envíen mensajes de seguimiento a las personas que reciben el alta después de recibir servicios por un intento de suicidio. Este esfuerzo debería incluir una evaluación de la preparación de los profesionales de la salud para hablar sobre la restricción de medios letales y difundir recursos para apoyar la restricción, y debería hacer recomendaciones para la capacitación y otro tipo de apoyos. Este esfuerzo debería explorar la efectividad de los diferentes tipos de mensajes, como los formularios escritos a mano y electrónicos.</p>



META 11: GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y EL SEGUIMIENTO DESPUÉS DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL SUICIDIO

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 11C <i>continuación</i></p>	<p>Los protocolos y prácticas deben incluir disposiciones que detallen cómo se obtendrá el consentimiento informado y cómo la atención de seguimiento reflejará un enfoque colaborativo y transparente con la persona en riesgo para priorizar la atención ambulatoria. Los protocolos y procedimientos deben incluir intervenciones breves que involucren las mejores prácticas en la planificación de la seguridad y el asesoramiento sobre medios letales. La atención de seguimiento debe ser lingüística y culturalmente respetuosa. Los protocolos y prácticas deben incluir métodos para monitorear los enlaces de derivaciones a servicios, cuando sea posible.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2023, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo que desarrolle y difunda la guía de mejores prácticas y haga recomendaciones para proporcionar una atención posterior integral a las personas que reciben el alta hospitalaria. Este esfuerzo debería estandarizar un proceso para dar seguimiento, establecer vínculos de atención antes del alta y garantizar un monitoreo y apoyo continuos. La guía debería destacar las líneas directas y centros de prevención del suicidio de California estableciendo una conexión entre dichos recursos y los supervivientes de intentos de suicidio antes del alta, y requerir un seguimiento rutinario para garantizar las conexiones a los servicios. La guía debería incluir oportunidades para aumentar las "derivaciones rápidas" e identificar incentivos para los proveedores de atención sanitaria. Estas derivaciones involucran a personas que están siendo tratadas en un departamento de emergencias o que están a punto de recibir el alta hospitalaria; el objetivo es conectarlos de la atención hospitalaria a los servicios ambulatorios dentro de las 24 a 48 horas posteriores al alta.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2023, el Estado, en consulta con colaboradores privados y públicos, debería crear incentivos para que los proveedores ambulatorios de atención de salud mental y trastornos por abuso de sustancias firmen acuerdos con los hospitales para aceptar derivaciones y desarrollar un proceso para confirmar las citas ambulatorias oportunas antes del alta.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2024, la Oficina de Prevención del Suicidio debería colaborar con escuelas, universidades y facultades para identificar desafíos y oportunidades para la transición segura de los estudiantes de regreso a las escuelas después de la hospitalización por un comportamiento suicida y para desarrollar y difundir una guía de las mejores prácticas.</p>



META 12: AMPLIAR LOS SERVICIOS DE APOYO DESPUÉS DE UNA PÉRDIDA POR SUICIDIO

Objetivo Estatal	Calendario de Implementación, 2020 – 2025
<p>OBJETIVO 12A Crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en el objetivo de expandir los servicios de apoyo después de una pérdida por suicidio.</p>	<p>Hasta el 31 de diciembre de 2021, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo de expertos en la materia para crear una agenda de investigación y políticas para avanzar en los objetivos descritos en el Objetivo Estratégico 4.</p>
<p>OBJETIVO 12B Evaluar y ampliar los recursos efectivos disponibles para los supervivientes de pérdida por suicidio y desarrollar la capacidad en todo el estado para brindar servicios apropiados y respetuosos después de una pérdida por suicidio. Los recursos deberían incluir información y capacitación para los proveedores de servicios de duelo sobre temas específicos del suicidio y sobre el duelo particular de la pérdida por suicidio.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio debería desarrollar un directorio estatal de proveedores de servicios de apoyo para supervivientes en todos los entornos, incluidos lugares de trabajo, escuelas, oficinas de atención médica, comunidades religiosas, comunidades tribales e instalaciones penitenciarias.</p> <p>Hasta el 1 de enero de 2023, la Oficina de Prevención del Suicidio debería formar un grupo de trabajo para evaluar los servicios prestados a las personas en duelo por la pérdida por suicidio, identificar las brechas en los servicios y difundir los resultados.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2024, el grupo de trabajo debería hacer recomendaciones para implementar las mejores prácticas en las respuestas locales de equipo después de una pérdida por suicidio en una comunidad o entorno específico, incluida la forma de gestionar la privacidad y el intercambio de información y datos entre los miembros del equipo.</p> <p>Hasta el 1 de julio de 2024, el grupo de trabajo debería desarrollar una guía para médicos forenses, examinadores médicos y agentes de las fuerzas de seguridad para apoyar a las personas que están en duelo por suicidio. La guía debería incluir métodos para reducir el estigma y la vergüenza; para responder a las diferencias culturales después de una pérdida por suicidio; y para apoyar a las personas que prestan servicios a los supervivientes de pérdidas.</p>
<p>OBJETIVO 12C Garantizar una posvención por escrito - una respuesta planificada para la prestación de servicios después de un suicidio - se desarrollan, adoptan y difunden políticas y procedimientos al personal en todos los entornos donde las personas reciben servicios y apoyos de salud mental y trastornos por abuso de sustancias.</p>	<p>Hasta el 1 de julio de 2022, la Oficina de Prevención del Suicidio debería desarrollar y difundir pautas para las políticas y procedimientos de posvención en caso de suicidio por parte de una persona que recibe servicios en entornos de atención de salud mental y trastornos por abuso de sustancias. Las pautas deberían considerar los materiales desarrollados por el Equipo de Trabajo de Supervivientes Clínicos de la Asociación Estadounidense de Suicidología y otros, y deberían identificar y abordar las preocupaciones legales y éticas, como mantener la confidencialidad del cliente que murió por suicidio mientras el clínico recibe servicios de duelo por suicidio.</p>

Referencias

- ¹ Suicide Prevention Resource Center (n.d.). Risk and Protective Factors retrieved from <https://www.sprc.org/about-suicide/risk-protective-factors> and Warning Signs retrieved from <https://www.sprc.org/about-suicide/warning-signs>.
- ² World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Luxembourg: Author.
- ³ World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Luxembourg: Author.
- ⁴ Western Interstate Commission for Higher Education Mental Health Program (WICHE MHP) & Suicide Prevention Resource Center (SPRC). (2017). *Suicide prevention toolkit for primary care practices. A guide for primary care providers and medical practice managers* (Rev. ed.). Boulder, Colorado: WICHE MHP & SPRC.
- ⁵ Joiner, T. E., Jr. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- ⁶ American Association of Suicidology (n.d). *Understanding and helping the suicidal individual: Be aware of the warning signs*. Retrieved July 29, 2019 from <https://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/UnderstandingHelpingSuicidalIndividual.pdf>.
- ⁷ Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- ⁸ Talseth, A. G., Jacobsson, L. & Norberg, A. (2001). The meaning of suicidal psychiatric inpatients' experiences of being treated by physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 96-106.
- ⁹ World Health Organization (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Luxembourg: Author.
- ¹⁰ Hedegaard, H., Curtin, S. C., & Warner, M. (2011) Suicide mortality in the United States, 1999-2017. *NCHS data brief*, 330, 1-8. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Retrieved November 29, 2018 from <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db330-h.pdf>.
- ¹¹ Crosby, A. E., Han, B., Ortega, L. A. G., Parks, S. E., & Gfoerer, J. (2011). Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 years - United States, 2008-2009. *MMWR Surveillance Summaries*, 60 (SS-13), 1-22. Retrieved November 29, 2018 from www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6013a1.htm?s_cid=ss6013a1_e.
- ¹² Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC, US: National Academies Press.
- ¹³ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 17-5044, NSDUH Series H-52). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from <https://www.samhsa.gov/data/>.
- ¹⁴ Shepard, D. S., Gurewich, D., Lwin, A. K., Reed, G. A., & Silverman, M. M. (2016). Suicide and suicidal attempts in the United States: Costs and policy implications. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 46(3), 352-362.
- ¹⁵ Centers for Disease Control and Prevention. (2019). Data & Statistics (WISQARS™): *Cost of injury reports*. Retrieved June 18, 2019 from <https://wisqars.cdc.gov:8443/costT/>.
- ¹⁶ Bernert, R. A. (2018). *Emerging best practices and innovations in suicide prevention: Toward an updated strategic plan for California*. Sacramento, CA: Mental Health Services Oversight and Accountability Commission. Retrieved December 14, 2018 from http://mhsoac.ca.gov/sites/default/files/documents/2018-11/Policy%20Brief_Emerging%20best%20practices%20in%20suicide%20prevention_10.17.2018.pdf.
- ¹⁷ World Health Organization. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. Geneva, Switzerland: Author.
- ¹⁸ Ibid.
- ¹⁹ Office of Disease Prevention and Health Promotion. (n.d.). *HealthyPeople2020*. Retrieved April 29, 2019 from <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health>.

- ²⁰ World Health Organization. (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO). Geneva: Author.
- ²¹ Carr, C. (2018). Presentation to the Mental Health Services Oversight and Accountability Commission in San Leandro, California on October 25, 2018.
- ²² Ibid.
- ²³ Ibid.
- ²⁴ Ibid.
- ²⁵ Visit <https://resources.depaul.edu/abcd-institute/Pages/default.aspx> for more information on Asset-Based Community Development.
- ²⁶ Preti, A., Tondo, L., Sisti, D., Rocchi, M., & Girolamo, B. (2010). Correlates and antecedents of hospital admission for attempted suicide: a nationwide survey in Italy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(3), 181–190.
- ²⁷ Visit www.speakforsafety.org for more information on Gun Violence Restraining Orders.
- ²⁸ Chu, J. P., Goldblum, P., Floyd, R., & Bongar, B. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Applied and Preventative Psychology*, 14 (1-4), 25-40. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2011.11.001>.
- ²⁹ The Joint Commission (2018). *Requirement, rationale, reference report*. Issue 18, November 27, 2018. Retrieved from https://www.jointcommission.org/assets/1/18/R3_18_Suicide_prevention_HAP_BHC_11_27_18_FINAL.pdf.
- ³⁰ Little, V., Neufeld, J., & Cole, A. R. (2018). Integrating safety plans for suicidal patients into patient portals: Challenges and opportunities. *Psychiatric Services*, 69(6), 618-619. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700458>.
- ³¹ Visit <https://www.211la.org/mayors-challenge> for more information on the Los Angeles Mayor’s Challenge.
- ³² California Department of Mental Health. (2012). *Transition plan: Transfer of the Department of Mental Health’s Community Mental Health Programs to other state departments and organizations*. Retrieved January 2, 2019 from http://www.dsh.ca.gov/Publications/docs/Transition_Plan/DMHTransitionPlan.pdf.
- ³³ Department of Health Care Services. (2018). *Mental Health Services Act Expenditure Report – Governor’s Budget: Fiscal Year 2018-19*. Retrieved January 2, 2019 from https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/Documents/Legislative%20Reports/Mental%20Health/MHSA_Expenditure_Report-Jan2018.pdf.
- ³⁴ Title 9 California Code of Regulations, Division 1, Chapter 14 MHSa, Section 3200.245. Prevention and Early Intervention Component.
- ³⁵ Data compiled by MHSOAC staff using the MHSOAC Transparency Suite retrieved February 26, 2019 from <http://mhsoac.ca.gov/mhsoac-transparency-suite>.
- ³⁶ Visit <http://www.stanislausmhsa.com/pdf/public/annualupdates/mhsafy1819final.pdf> for more information on Stanislaus County’s Suicide Prevention Innovation Project.
- ³⁷ Results cited in a document titled *Recommendation to the State Superintendent of Public Instruction* provided during the February 12, 2019 meeting of the California Department of Education’s Student Mental Health Policy Workgroup.
- ³⁸ California Code of Regulations, Title 15, Section 1030.
- ³⁹ Ibid.
- ⁴⁰ Visit <http://www.bscc.ca.gov/sstcformsmanualsandresources/> for Board of State and Community Corrections manuals and resources.
- ⁴¹ California State Auditor (2017). *California Department of Corrections and Rehabilitation: It must increase its efforts to prevent and respond to inmate suicides*. Report 2016-131. Retrieved on July 18, 2019 from <https://www.auditor.ca.gov/pdfs/reports/2016-131.pdf>.
- ⁴² Chaptered by Secretary of State. Chapter 782, Statutes of 2018.
- ⁴³ Ibid.
- ⁴⁴ Chaptered by Secretary of State. Chapter 182, Statutes of 2017.
- ⁴⁵ Chaptered by Secretary of State. Chapter 527, Statutes of 2018.
- ⁴⁶ Chaptered by Secretary of State. Chapter 32, Statutes of 2018.

- ⁴⁷ Chaptered by Secretary of State. Chapter 755, Statutes of 2018.
- ⁴⁸ Department of Mental Health Information Notice No. 08-25, Enclosure 1.
- ⁴⁹ Visit <https://calmhsa.org/> for more information about the California Mental Health services Authority.
- ⁵⁰ Clark, W., Collentine, A. M., Welch, S. N., & Brichler, S. (2013). *Best practices and initial outcomes of California's historic effort to reduce stigma of mental illness, prevent suicide, and improve student mental health. Presentation at the American Public Health Association*. Retrieved from <https://calmhsa.org/wp-content/uploads/2013/10/Final-APHA-Uploaded-Presentation.pdf>.
- ⁵¹ Visit <https://www.suicideispreventable.org/> for information about the Know the Signs Campaign.
- ⁵² Visit <http://www.directingchange.ca.org/> for information about the Direction Change Program.
- ⁵³ Limited information on the California Suicide Prevention Network is available online at <http://www.cspn-socal.com/>.
- ⁵⁴ Ramchand, R., Jaycox, L. H., & Ebener, P. A. (2017). Suicide prevention hotlines in California: Diversity in services, structure, and organization and the potential challenges ahead. *Rand health quarterly*, 6(3), 8.
- ⁵⁵ California Department of Mental Health. (2008). *California strategic plan on suicide prevention: Every Californian is part of the solution*. Retrieved January 4, 2019 from https://www.sprc.org/sites/default/files/California_CalSPSP_V92008.pdf.
- ⁵⁶ Department of Health Care Services. (2016). *Suicide Hotline Report*. Retrieved January 4, 2019 from https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/Documents/Legislative%20Reports/2016Suicide_Hotline_Report.pdf.
- ⁵⁷ Ibid.
- ⁵⁸ Ibid.
- ⁵⁹ Department of Health Care Services. (2019). *Mental Health Services Act Expenditure Report – Governor's Budget, Fiscal Year 2019-20*. Retrieved March 15, 2019 from https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/Documents/Legislative%20Reports/Mental%20Health/MHSA_Expenditure_Report-Jan2019.pdf.
- ⁶⁰ Visit <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/Pages/End-of-Life-Option-Act.aspx> for more information on California's End of Life Option Act.
- ⁶¹ Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*, Version 1.0. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- ⁶² Ibid.
- ⁶³ Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868–876.
- ⁶⁴ Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *The American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035-1043.
- ⁶⁵ Ibid.
- ⁶⁶ United States Food and Drug Administration, United States Department of Health and Human Services. (August 2012). *Guidance for Industry: Suicidality: Prospective Assessment of Occurrence in Clinical Trials, Draft Guidance. Revision 1*. Silver Spring, MD: Center for Drug Evaluation and Research
- ⁶⁷ Jacobs, D. (2009). *Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage for mental health professionals (SAFE-T)*. Retrieved from https://www.integration.samhsa.gov/images/res/SAFE_T.pdf.
- ⁶⁸ Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., ... Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>.
- ⁶⁹ Jobes, D. A., Gregorian, M. J., & Colborn, V. A. (2018). A stepped care approach to clinical suicide prevention. *Psychological Services*, 15(3), 243-250. <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000229>.
- ⁷⁰ Bridge, J.A., Goldstein, T.R., & Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*, 47(3–4), 372–394.

- ⁷¹ Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600.
- ⁷² Joiner, T. E., Jr. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- ⁷³ Baumeister, R., & Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- ⁷⁴ Joiner, T. E., Jr. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- ⁷⁵ Joiner, T. E., Hollar, D., Van Orden, K. A. (2006). On Buckeyes, Gators, Super Bowl Sunday, and the Miracle on Ice: "Pulling Together" is associated with lower suicide rates. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 180-196.
- ⁷⁶ Ibid.
- ⁷⁷ Ibid.
- ⁷⁸ Joiner, T. E., Jr. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- ⁷⁹ Ibid.
- ⁸⁰ Ibid.
- ⁸¹ Ibid.
- ⁸² Joiner, T. E. (2010). Overcoming the fear of lethal injury: Evaluating suicidal behavior in the military through the lens of the interpersonal-psychological theory of suicide. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 298-307. <https://doi:10.1016/j.cpr.2009.12.004>.
- ⁸³ Yip, P.S., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S., Wu, K.C., & Chen, Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *Lancet*, 379(9834), 2393-2399.
- ⁸⁴ Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling access to suicide means. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(12), 4550-4562. doi:10.3390/ijerph8124550.
- ⁸⁵ Clarke, R., & Lester, D. (1989). *Suicide: Closing the Exits*. New York, NY: Springer Verlag.
- ⁸⁶ Hawton K. (2007). Restricting access to methods of suicide. *Crisis*, 28(S1), 4-9.
- ⁸⁷ Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181, 193-199.
- ⁸⁸ Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: A research agenda. *American Journal of Preventative Medicine*, 47(3), S264-S272.
- ⁸⁹ Drexler, M. (n.d.) *Guns and suicide: The hidden toll*. Harvard Public Health: Magazine of the Harvard T.H. Chan School of Public Health. Retrieved November 8, 2018 from https://www.hsph.harvard.edu/magazine/magazine_article/guns-suicide/.
- ⁹⁰ Ibid.
- ⁹¹ Ibid.
- ⁹² Brown, G. K., Henriques, G. R., Sosdjan, D., & Beck, A. T. (2004). Suicide intent and accurate expectations of lethality: predictors of medical lethality of suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1170-1174.
- ⁹³ Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *The American Journal of Psychiatry*, 173, 1094-1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>.
- ⁹⁴ Caine, E.D. (2013). Forging an agenda for suicide prevention in the United States. *Am J Public Health*, 103, 822-829. doi:10.2105/AJPH.2012.301078.
- ⁹⁵ Bernert, R.A. (2018). Emerging best practices and innovations in suicide prevention: Toward an updated strategic plan for California. Sacramento, CA: Mental Health Services Oversight and Accountability Commission. Retrieved on December 14, 2018 from http://mhsoac.ca.gov/sites/default/files/documents/2018-11/Policy%20Brief_Emerging%20best%20practices%20in%20suicide%20prevention_10.17.2018.pdf.
- ⁹⁶ Ibid.
- ⁹⁷ Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777-780.
- ⁹⁸ Caine, E.D. (2013). Forging an agenda for suicide prevention in the United States. *Am J Public Health*, 103, 822-829. doi:10.2105/AJPH.2012.301078.

- ⁹⁹ Bernert, R.A. (2018). Emerging best practices and innovations in suicide prevention: Toward an updated strategic plan for California. Sacramento, CA: Mental Health Services Oversight and Accountability Commission. Retrieved on December 14, 2018 from http://mhsoac.ca.gov/sites/default/files/documents/2018-11/Policy%20Brief_Emerging%20best%20practices%20in%20suicide%20prevention_10.17.2018.pdf.
- ¹⁰⁰ Ibid.
- ¹⁰¹ Ibid.
- ¹⁰² Ibid.
- ¹⁰³ Ibid.
- ¹⁰⁴ The Joint Commission. (2016). Detecting and treating suicide ideation in all settings. *Sentinel Event Alert*, 56, 1-7. Retrieved December 19, 2018 from https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_56_Suicide.pdf.
- ¹⁰⁵ Visit <https://zerosuicide.sprc.org/> for more information on the Zero Suicide Initiative.
- ¹⁰⁶ Ahmedani, B.K., Simon, G.E., Stewart, C., Beck, A., Waitzfelder, B.E., Rossom, R., et al. (2014). Health care contacts in the year before suicide death. *J Gen Intern Med*, 29(6), 870 – 877.
- ¹⁰⁷ Labouliere, C. D., Vasan, P., Kramer, A., Brown, G., Green, K., Rahman, M., ... Stanley, B. (2018). “Zero Suicide” - A model for reducing suicide in United States behavioral healthcare. *Suicidologi*, 23(1), 22–30.
- ¹⁰⁸ Coffey, C.E. (2007). Building a system of perfect depression care in behavioral health. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 33, 193–199.
- ¹⁰⁹ Bernert, R. A. (2018). Emerging best practices and innovations in suicide prevention: Toward an updated strategic plan for California. Sacramento, CA: Mental Health Services Oversight and Accountability Commission. Retrieved December 14, 2018 from http://mhsoac.ca.gov/sites/default/files/documents/2018-11/Policy%20Brief_Emerging%20best%20practices%20in%20suicide%20prevention_10.17.2018.pdf.
- ¹¹⁰ James, G., Witten, D., Hastie, T., Tibshivani, R. (Eds). (2013). *An Introduction to Statistical Learning: with Applications in R*. New York: Springer Publishing.
- ¹¹¹ Barak-Corren, Y., Castro, V. M., Javitt, S., Hoffnagle, A. G., Dai, Y., Perlis, R.H., Nack, M. K., Smoller, J. W., Reis, B. Y. (2016). Predicting suicidal behavior from longitudinal electronic health records. *American Journal of Psychiatry*, 174(2), 154–162.
- ¹¹² Walsh, C.G., Ribeiro, J.D., & Franklin, J.C. (2017). Predicting risk of suicide attempts over time through machine learning. *Clinical Psychological Science*, 5(3), 457–469. <https://doi.org/10.1177/2167702617691560>.
- ¹¹³ Ibid.
- ¹¹⁴ McCarthy, J. F., Bossarte, R. M., Katz, I. R., Thompson, C., Kemp, J., Hannemann, C. M., Nielson, C., & Schoenbaum, M. (2015). Predictive modeling and concentration of the risk of suicide: Implications for preventive interventions in the US Department of Veterans Affairs. *American Journal of Public Health*, 105(9), 1935-1942.
- ¹¹⁵ Bernert, R.A. (2018). *Emerging best practices and innovations in suicide prevention: Toward an updated strategic plan for California*. Sacramento, CA: Mental Health Services Oversight and Accountability Commission. Retrieved from http://mhsoac.ca.gov/sites/default/files/documents/2018-11/Policy%20Brief_Emerging%20best%20practices%20in%20suicide%20prevention_10.17.2018.pdf.
- ¹¹⁶ Ibid.
- ¹¹⁷ United States Food and Drug Administration, United States Department of Health and Human Services. (2012). *Guidance for Industry: Suicidality: Prospective Assessment of Occurrence in Clinical Trials, Draft Guidance*. Retrieved on March 15, 2019 from <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/Guidances/UCM225130.pdf>.
- ¹¹⁸ Bernert, R. A., Hom, M. A., & Roberts, L. W. (2014). A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: Toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. *Academic Psychiatry*, 38(5), 585-592. <https://doi:10.1007/s40596-014-0180-1>.

- ¹¹⁹ Caine, E.D. (2013). Forging an agenda for suicide prevention in the United States. *Am J Public Health*, 103, 822–829. doi:10.2105/AJPH.2012.301078.
- ¹²⁰ Crosby, A. E., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*, Version 1.0. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- ¹²¹ Yip, P. S., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S. S., Wu, K. C., & Chen, Y. Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *Lancet* (London, England), 379(9834), 2393–2399.
- ¹²² Caine, E. D. (2013). Forging an agenda for suicide prevention in the United States. *The American Journal of Public Health*, 103, 822–829. <https://doi:10.2105/AJPH.2012.301078>.
- ¹²³ Bernert, R. A. (2018). Emerging best practices and innovations in suicide prevention: Toward an updated strategic plan for California. Sacramento, CA: Mental Health Services Oversight and Accountability Commission. Retrieved December 14, 2018 from http://mhsoac.ca.gov/sites/default/files/documents/2018-11/Policy%20Brief_Emerging%20best%20practices%20in%20suicide%20prevention_10.17.2018.pdf.
- ¹²⁴ Ibid.
- ¹²⁵ Meyer, R.E., Salzman, C., Youngstrom, E.A., Clayton, P.J., Goodwin, F.K., Mann, J.J., Alphas, L.D., Broich, K., Goodman, W.K., Greden, J.F., Meltzer, H.Y., Normand, S.L., Posner, K., Shaffer, D., Oquendo, M.A., Stanley, B., Trivedi, M.H., Turecki, G., Beasley, C.M., Beautrais, A.L., Bridge, J.A., Brown, G.K., Revicki, D.A., Ryan, N.D., & Sheehan, D.V. (2010). Suicidality and risk of suicide: definition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry*, 71(8), e1–e21.
- ¹²⁶ Miller, M., Azrael, D., & Barber, C. (2012). Suicide mortality in the United States: The importance of attending to method in understanding population-level disparities in the burden of suicide. *Annual Review of Public Health*, 33(1), 393–408.
- ¹²⁷ California Department of Public Health (2019). *Injury Data Brief: Suicides among Veterans in California, 2017*. Sacramento, CA: California Department of Public Health. Retrieved on March 26, 2019 from <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CCDPHP/DCDIC/SACB/CDPH%20Document%20Library/Violence%20Prevention%20Initiative/CA%20Veteran%20Suicides%202017%20FINALa%203%2011%2019.pdf>.
- ¹²⁸ Centers for Disease Control, National Center for Health Statistics. Suicide mortality by state, 2017. Retrieved March 15, 2019 from <https://www.cdc.gov/nchs/pressroom/sosmap/suicide-mortality/suicide.htm>.
- ¹²⁹ Anestis, M. D., & Anestis, J. C. (2015). Suicide Rates and State Laws Regulating Access and Exposure to Handguns. *American Journal of Public Health*, 105(10), 2049–2058. doi:10.2105/AJPH.2015.302753.
- ¹³⁰ Ibid.
- ¹³¹ California Department of Public Health (2019). *Preventing Violence in California: Data Brief 1: Overview of Homicide and Suicide Deaths in California*. Sacramento, CA: California Department of Public Health.
- ¹³² Ibid.
- ¹³³ Miller, M., Barber, C., White, R. A., & Azrael, D. (2013). Firearms and suicide in the United States: is risk independent of underlying suicidal behavior? *Am J Epidemiol.*, 178(6), 946–955.
- ¹³⁴ California Department of Public Health (CDPH) Vital Statistics Death File (2017).
- ¹³⁵ Ibid.
- ¹³⁶ Legislation (Assembly Bill 650, Low, 2019) to require collection of sexual orientation and gender identity of victims of violent deaths, including suicide, is pending as of the date this plan was drafted.
- ¹³⁷ California Department of Public Health (2019). *Preventing Violence in California: Data Brief 1: Overview of Homicide and Suicide Deaths in California*. Sacramento, CA: California Department of Public Health.
- ¹³⁸ Stone, D. M., Simon, T. R., Fowler, K. A., et al. (2018). Vital Signs: Trends in State Suicide Rates — United States, 1999–2016 and Circumstances Contributing to Suicide — 27 States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 67, 617–624..
- ¹³⁹ California Department of Public Health (2019). *Preventing Violence in California: Data Brief 1: Overview of Homicide and Suicide Deaths in California*. Sacramento, CA: California Department of Public Health.
- ¹⁴⁰ Sullivan, E.M., Anestis, J.L., Simon, T.R., Luo, F., & Dahlberg, L.L. (2015). Suicide trends among persons aged 10–24 years — United States, 1994–2012. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(8), 201–205.

- ¹⁴¹ Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: A research agenda. *American Journal of Preventative Medicine*, 47(3), S264-S272.
- ¹⁴² California Department of Public Health (2019). *Preventing Violence in California: Data Brief 1: Overview of Homicide and Suicide Deaths in California*. Sacramento, CA: California Department of Public Health.
- ¹⁴³ Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *WISQARS website and Fatal injury reports*. Retrieved November 28, 2018 from <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal.html>.
- ¹⁴⁴ Elnour, A. A., & Harrison, J. (2008) *Lethality of suicide methods*. *Injury Prevention*, 14, 39–45.
- ¹⁴⁵ Canetto, S.S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 28, 1–23.
- ¹⁴⁶ Zhang, J., Jiang, C., Jia, S., & Wiecezorek, W. F. (2002). An overview of suicide research in China. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 6(2), 167–184. <https://doi:10.1080/13811110208951174>.
- ¹⁴⁷ California Department of Public Health (2019). *Preventing Violence in California: Data Brief 1: Overview of Homicide and Suicide Deaths in California*. Sacramento, CA: Author.
- ¹⁴⁸ Ibid.
- ¹⁴⁹ Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., et al. (1998). Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am J Geriatr Psychiatry*, 6(2), 122–126.
- ¹⁵⁰ California Department of Public Health (2019). *Preventing Violence in California: Data Brief 1: Overview of Homicide and Suicide Deaths in California*. Sacramento, CA: Author.
- ¹⁵¹ Ibid.
- ¹⁵² Ibid.
- ¹⁵³ Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *WISQARS website and fatal injury reports*. Retrieved November 28, 2018 from <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal.html>.
- ¹⁵⁴ California Department of Public Health (2019). *Injury Data Brief: Suicides among Veterans in California, 2017*. Sacramento, CA: Author. Retrieved March 26, 2019 from <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CCDCPHP/DCDIC/SACB/CDPH%20Document%20Library/Violence%20Prevention%20Initiative/CA%20Veteran%20Suicides%202017%20FINAL%203%2011%2019.pdf>.
- ¹⁵⁵ Ibid.
- ¹⁵⁶ Ibid.
- ¹⁵⁷ Ibid.
- ¹⁵⁸ Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: A research agenda. *American Journal of Preventative Medicine*, 47(3), S264-S272.
- ¹⁵⁹ Ibid.
- ¹⁶⁰ California Department of Justice. *Death in Custody and Arrest-Related Deaths*. Database available by visiting <https://openjustice.doj.ca.gov/data>. Data mandated per Government Code Section 12525.
- ¹⁶¹ California Department of Justice. *Death in Custody Context*. Retrieved December 13, 2018 from <https://openjustice.doj.ca.gov/data>.
- ¹⁶² Ibid.
- ¹⁶³ Ibid.
- ¹⁶⁴ Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD). *Hospital Emergency Department - Characteristics by Facility, 2017*. Retrieved September 28, 2018 from <https://data.chhs.ca.gov/dataset/hospital-emergency-department-characteristics-by-facility-pivot-profile>.
- ¹⁶⁵ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Behavioral Health Barometer: California, Volume 4: Indicators as measured through the 2015 National Survey on Drug Use and Health, the National Survey of Substance Abuse Treatment Services, and the Uniform Reporting System*. HHS Publication No. SMA–17–Baro–16–States–CA. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017.
- ¹⁶⁶ Data Source: WestEd, California Healthy Kids Survey. California Department of Education (Jul. 2017). As cited on kidsdata.org, a program of the Lucile Packard Foundation for Children's Health.

- ¹⁶⁷ Stone, D. M., Holland, K. M., Bartholow, B., E Logan, J., LiKamWa McIntosh, W., Trudeau, A., & Rockett, I. (2017). Deciphering Suicide and Other Manners of Death Associated with Drug Intoxication: A Centers for Disease Control and Prevention Consultation Meeting Summary. *American journal of public health, 107*(8), 1233–1239. doi:10.2105/AJPH.2017.303863.
- ¹⁶⁸ California Government Code Section 27491.
- ¹⁶⁹ U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice. (2011). Death investigations: A guide for the scene investigator – technical update. Retrieved on December 11, 2018 from <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/234457.pdf>.
- ¹⁷⁰ Stone, D. M., Holland, K. M., Bartholow, B., E Logan, J., LiKamWa McIntosh, W., Trudeau, A., & Rockett, I. (2017). Deciphering Suicide and Other Manners of Death Associated with Drug Intoxication: A Centers for Disease Control and Prevention Consultation Meeting Summary. *American journal of public health, 107*(8), 1233–1239. doi:10.2105/AJPH.2017.303863.
- ¹⁷¹ Mohler, B., & Earls, F. (2001). Trends in adolescent suicide: misclassification bias? *American Journal of Public Health, 91*(1), 150–153.
- ¹⁷² Bernert, R. A. (2018). Emerging best practices and innovations in suicide prevention: Toward an updated strategic plan for California. Sacramento, CA: Mental Health Services Oversight and Accountability Commission. Retrieved from http://mhsoac.ca.gov/sites/default/files/documents/2018-11/Policy%20Brief_Emerging%20best%20practices%20in%20suicide%20prevention_10.17.2018.pdf.
- ¹⁷³ Ibid.
- ¹⁷⁴ Ibid.
- ¹⁷⁵ Ibid.
- ¹⁷⁶ Miller, M., Azrael, D., & Barber, C. (2012). Suicide mortality in the United States: The importance to attending to method in understanding population-level disparities in the burden of suicide. *Annual Review of Public Health, 33*, 393–408.
- ¹⁷⁷ Gould, M. S. (1990). *Suicide clusters and media exposure*. In: Blumenthal S, Kupfer D, editors. *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Association; pp. 517–532.
- ¹⁷⁸ Suicide Prevention Resource Center, & Rodgers, P. (2011). *Understanding risk and protective factors for suicide: A primer for preventing suicide*. Newton, MA: Education Development Center, Inc.
- ¹⁷⁹ World Health Organization. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. Geneva, Switzerland: Author.
- ¹⁸⁰ Suicide Prevention Resource Center, & Rodgers, P. (2011). *Understanding risk and protective factors for suicide: A primer for preventing suicide*. Newton, MA: Education Development Center, Inc.
- ¹⁸¹ Ibid.
- ¹⁸² Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry, 181*, 193–199.
- ¹⁸³ Colucci, E. & Martin, G. (2008). Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 38*(2), 229–244.
- ¹⁸⁴ Lun, V. M. C., & Bond, M. H. (2013). Examining the relation of religion and spirituality to subjective well-being across national cultures. *Psychology of Religion and Spirituality, 5*, 304–315.
- ¹⁸⁵ Goldston, D. B., Molock, S. D., Whitbeck, L. B., Murakami, J. L., Zayas, L. H., & Hall, G. C. (2008). Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *The American Psychologist, 63*, 14–31.
- ¹⁸⁶ Wachholtz, A., & Sambamoorthi, U. (2011). National trends in prayer use as a coping mechanism for health concerns: Changes from 2002 to 2007. *Psychology of Religion and Spirituality, 3*, 67–77.
- ¹⁸⁷ Lytle, M.C., Blosnich, J.R., De Luca, S.M., & Brownson, C. (2018). Association of religiosity with sexual minority suicide ideation and attempt. *American Journal of Preventative Medicine, 54*(5), 644–651. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.01.019>.
- ¹⁸⁸ Suicide Prevention Resource Center (n.d.). Risk and Protective Factors retrieved from <https://www.sprc.org/about-suicide/risk-protective-factors> and Warning Signs retrieved from <https://www.sprc.org/about-suicide/warning-signs>.

- ¹⁸⁹ Ibid.
- ¹⁹⁰ Ibid.
- ¹⁹¹ Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1, 181–185.
- ¹⁹² Centers for Disease Control and Prevention (2013). Suicide among adults aged 35–64 years: United States, 1999–2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 62, 321–325.
- ¹⁹³ Ibid.
- ¹⁹⁴ Drapeau, C. W., & McIntosh, J. L. (for the American Association of Suicidology). (2018). *U.S.A. suicide 2017: Official Final Data*. Washington, DC: American Association of Suicidology, dated December 10, 2018, downloaded from <http://www.suicidology.org>.
- ¹⁹⁵ Ibid.
- ¹⁹⁶ Ibid.
- ¹⁹⁷ Conwell, Y. (2014). Suicide later in life: Challenges and priorities for prevention. *American Journal of Preventive Medicine* 47(3 Suppl. 2), S244–S250.
- ¹⁹⁸ Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: A 4-year cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 297–303.
- ¹⁹⁹ Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427–432.
- ²⁰⁰ Valenstein, M., Kim, H.M., & Ganoczy, D., et al. (2009). Higher-risk periods for suicide among VA patients receiving depression treatment: prioritizing suicide prevention efforts. *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 50–58.
- ²⁰¹ Department of Veterans Affairs, Veterans Health Administration, Office of Mental Health and Suicide Prevention. (2018). *Veteran Suicide Data Report, 2005–2016*. Retrieved from https://www.mentalhealth.va.gov/docs/data-sheets/OMHSP_National_Suicide_Data_Report_2005-2016_508-compliant.pdf.
- ²⁰² Ibid.
- ²⁰³ Ibid.
- ²⁰⁴ Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). Reducing a suicidal person’s access to lethal means of suicide: A research agenda. *American Journal of Preventative Medicine*, 47(3), S264–S272.
- ²⁰⁵ U.S. Department of Veterans Affairs. (2016). National Strategy for Preventing Veteran Suicide (2018-2028). Retrieved May 31, 2019 from <https://www.mentalhealth.va.gov/suicide-prevention/docs/Office-of-Mental-Health-and-Suicide-Prevention-National-Strategy-for-Preventing-Veterans-Suicide.pdf>.
- ²⁰⁶ Ibid.
- ²⁰⁷ Ibid.
- ²⁰⁸ Demers, A. (2011). When veterans return: The role of community in reintegration. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 160–179.
- ²⁰⁹ Zhao, Y., Montoro, R., Igartua, K., & Thombs, B. D. (2010). Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting “unsure” sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: Forgotten groups? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 104–113.
- ²¹⁰ Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J., & Gensink, D. (2016). Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sample strategies: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 106(5), e1–12. <https://doi:10.2105/AJPH.2016.303088>.
- ²¹¹ Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D’Augelli, A. R., ... Clayton, P. J. (2011). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51.
- ²¹² James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L., & Anafi, M. (2016). *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.
- ²¹³ Haas, A., Rodgers, P., & Herman, J.L. (2014). *Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults: Findings of the National Transgender Discrimination Survey*. Retrieved January 28, 2019 from <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/AFSP-Williams-Suicide-Report-Final.pdf>.

- ²¹⁴ Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in White and Latino LGB young adults. *Pediatrics*, *123*, 346–352.
- ²¹⁵ U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. (n.d.) *Suicide and Suicide Prevention* 101. Retrieved from <http://minorityhealth.hhs.gov/templates/browse.aspx?lvl=3&lvlid=136>.
- ²¹⁶ National Center for Injury Prevention and Control, CDC. (2011). NCHS Vital Statistics System for numbers of deaths. WISQARS: Web-based Injury Statistics Query and Reporting System. Retrieved September 12, 2018 from <https://webappa.cdc.gov>.
- ²¹⁷ Bridge, J. A., Horowitz, L. M., Fontanella, C. A., Sheftall, A., Greenhouse, J., Kelleher, K. J., & Campo, J. V. (2018). Age-Related racial disparity in suicide rates among US youths from 2001 through 2015. *JAMA Pediatrics*, *172*(7), 697–699.
- ²¹⁸ Crosby, A. E., Han, B., Ortega, L. A. G., Parks, S. E., & Gfoerer, J. (2011). Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18 years - United States, 2008-2009. *MMWR Surveillance Summaries*, *60* (SS-13), 1-22. Retrieved from www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6013a1.htm?s_cid=ss6013a1_e.
- ²¹⁹ Chu, J. P., Goldblum, P., Floyd, R., & Bongar, B. (2010). The cultural theory and model of suicide. *Applied and Preventative Psychology*, *14*(1-4), 25-40.
- ²²⁰ U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Youth Risk Behavior Surveillance—Selected Steps Communities, 2007. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, *57*(SS-12), 1–27.
- ²²¹ Zayas, L. H. (2011). *Latinas attempting suicide: When cultures, families, and daughters collide*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- ²²² National Advisory Committee on Rural Health and Human Services (2017). *Understanding the impact of suicide in rural America: Policy brief and recommendations*. Retrieved February 12, 2019 <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/advisory-committees/rural/publications/2017-impact-of-suicide.pdf>.
- ²²³ Ibid.
- ²²⁴ Ibid.
- ²²⁵ Ibid.
- ²²⁶ Peterson, C., Stone, D. M., & Marsh, S. M., et al. (2018). Suicide Rates by Major Occupational Group — 17 States, 2012 and 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, *67*, 1253–1260. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6745a1>.
- ²²⁷ McIntosh, W. L., Spies, E., Stone, D. M., Lokey, C. N., Trudeau, A. T., Bartholow, B. (2016). Suicide Rates by Occupational Group — 17 States, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, *65*, 641–645.
- ²²⁸ Ibid.
- ²²⁹ Stanley, I. H., Hom, M. A., & Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review*, *44*, 25–44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002>.
- ²³⁰ Hayes, L. (2006). *Suicide Prevention in Correctional Facilities: An Overview*. In M. Puisis (Ed.), *Clinical Practice in Correctional Medicine* (pp. 317-340). Philadelphia, PA: Mosby Elsevier.
- ²³¹ Jenkins, R., Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Farrell, M., Lewis, G., & Paton, J. (2005). Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, *35*, 257-269.
- ²³² Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G., & Koepsell, T. D. (2007). Release from prison – A high risk of death for former inmates. *New England Journal of Medicine*, *356*(5), 536.
- ²³³ Stack, S. J., & Tsoudis, O. (1997). Suicide Risk among Correctional Officers: A Logistic Regression Analysis. *Archives of Suicide Research*, *3*(3), 183-186.
- ²³⁴ Brower, J. (2013). *Review and Input of Correctional Officer Wellness & Safety Literature Review*. OJP Diagnostic Center. Office of Justice Programs.
- ²³⁵ Newport, D. J., Levey, L. C., Pennell, P. B., Ragan, K., & Stowe, Z. N. (2007). Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Arch Womens Ment Health*, *10*(5), 181–187.

- ²³⁶ Goldman-Mellor, S., & Margerison, C. E. (2019). Maternal drug-related death and suicide are leading causes of post-partum death in California. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. doi:10.1016/j.ajog.2019.05.045.
- ²³⁷ Grigoriadis, S., Wilton, A. S., Kurdyak, P. A., Rhodes, A. E., VonderPorten, E. H., Levitt, A., ... Vigod, S. N. (2017). Perinatal suicide in Ontario, Canada: a 15-year population-based study. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28847780>.
- ²³⁸ Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- ²³⁹ Ibid.
- ²⁴⁰ Ibid.
- ²⁴¹ Ibid.
- ²⁴² Cramer, R. J., & Kapusta, N. D. (2017). A Social-Ecological Framework of Theory, assessment, and prevention of suicide. *Frontiers in Psychology*, 8, 1756. <https://doi:10.3389/fpsyg.2017.01756>.
- ²⁴³ Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (2011). *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*. Department of Health, London, UK. Retrieved January 4, 2019 from [http://eprints.lse.ac.uk/39303/1/Mental_health_promotion_and_mental_illness_prevention\(author\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/39303/1/Mental_health_promotion_and_mental_illness_prevention(author).pdf).
- ²⁴⁴ Lavinghouze, S. R., Snyder, K., & Rieker, P. P. (2014). The component model of infrastructure: a practical approach to understanding public health program infrastructure. *American Journal of Public Health*, 104(8), e14-24.
- ²⁴⁵ Tobacco Institute. (2009). *Overview of State ASSIST Programs*. Bates no. TI25390805. Retrieved January 4, 2019 from <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/qlr45b00>.
- ²⁴⁶ Barber, C. W., & Miller, M. J. (2014). Reducing a suicidal person's access to lethal means of suicide: A research agenda. *American Journal of Preventative Medicine*, 47(3), S264-S272.
- ²⁴⁷ Ibid.
- ²⁴⁸ Kreitman, N. (1976). The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 30(2), 86-93.
- ²⁴⁹ Lubin, G., Werbeloff, N., Halperin, D., Shmushkevitch, M., Weiser, M., & Knobler, H. Y. (2010). Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(5), 421-424. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.5.421>.
- ²⁵⁰ Knipe, D. W., Chang, S. S., Dawson, A., Eddleston, M., Konradsen, F., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2017). Suicide prevention through means restriction: Impact of the 2008-2011 pesticide restrictions on suicide in Sri Lanka. *PLoS One*, 12(3), e0172893. <https://doi:10.1371/journal.pone.0172893>.
- ²⁵¹ Shelef, M. (1994). Unanticipated benefits of automotive emission control: Reduction in fatalities by motor vehicle exhaust gas. *Sci. Total Environ.*, 146-147, 93-101. [https://doi:10.1016/0048-9697\(94\)90224-0](https://doi:10.1016/0048-9697(94)90224-0).
- ²⁵² 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., Rhimer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Wip, P., & Hardin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 294, 2064-2074.
- ²⁵³ Beautrais, A. L. (2001). Effectiveness of barriers at suicide jumping sites: A case study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 557-562.
- ²⁵⁴ Beautrais, A. L., Gibb, S. J., Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Larkin, G. L. (2009). Removing bridge barriers stimulates suicides: an unfortunate natural experiment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(6), 495-497.
- ²⁵⁵ Law, C. K., Svetcic, J., & De Leo, D. (2014). Restricting access to a suicide hotspot does not shift the problem to another location. An experiment of two river bridges in Brisbane, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 38(2), 134-138.
- ²⁵⁶ Surface Transportation Block Grant Program (STBG). Federal Highway Administration (FHWA). (2016). CA GOVERNMENT CODE, TITLE 2, CHAPTER 2, SEC 14527.1 and 23 USC 133(b)(7). *The STBG promotes flexibility in State and local transportation funding decisions to best address State and local transportation needs*. FAST Act § 1109(a).

- ²⁵⁷ Sarchiapone, M., Mandelli, L., Iosue, M., Andrisano, C., & Roy, A. (2011). Controlling access to suicide means. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(12), 4550-62.
- ²⁵⁸ Draper, J. (2008). Suicide prevention on bridges: The National Suicide Prevention Lifeline position. Retrieved on February 12, 2019 from https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2016/09/SUICIDE_BRIDGES_Lifeline_Position_Paper_Final_6-16-08.pdf.
- ²⁵⁹ Anglemyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2014). The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household Members: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 160(2), 101-110. <https://doi:10.7326/M13-1301>.
- ²⁶⁰ Kellermann, A. L., Rivara, F. P., Simes, G., Reay, D. T., Francisco, J., Banton, J. G., Prodzinski, J., Flighter, C., & Hackman, B. B. (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 327, 467-472.
- ²⁶¹ Siegel, M., Pahn, M., Xuan, Z., Fleegler, E., & Hemenway, D. (2019). The impact of state firearm laws on homicide and suicide deaths in the USA, 1991-2016: a panel study. *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi:10.1007/s11606-019-04922-x>.
- ²⁶² Washington State Legislature. (2014). Washington State RCW 9.41.113: Firearm sales or transfers—Background checks—Requirements—Exceptions. Washington: Washington State Legislature.
- ²⁶³ Kivisto, A. J., & Phalen, P. L. (2018). Effects of risk-based firearm seizure laws in Connecticut and Indiana on suicide rates, 1981–2015. *Psychiatric Services*, 69(8), 855-862. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700250>.
- ²⁶⁴ American Psychiatric Association, Ad Hoc Workgroup of the Council on Psychiatry and Law. (2018). *Resource Document on Risk-based Gun Removal Laws*. Retrieved November 8, 2018 from <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/search-directories-databases/library-and-archive/resource-documents>.
- ²⁶⁵ California Penal Code Sections 18100 to 18205.
- ²⁶⁶ Superior California Suicide Prevention Network. (2014). *Toolkit for Communities Collaborating in Suicide Prevention and Firearms Safety*. Retrieved December 28, 2018 from <https://www.co.shasta.ca.us/docs/libraries/hhsa-docs/mental-wellness/FirearmToolkit.pdf>.
- ²⁶⁷ Information retrieved on March 15, 2019 from <https://afsp.org/american-foundation-suicide-prevention-national-shooting-sports-foundation-partner-help-prevent-suicide/>.
- ²⁶⁸ Visit <https://depts.washington.edu/saferwa/> for more information on the Safer Homes *Suicide Aware* campaign in Washington State.
- ²⁶⁹ Spicer, R.S., & Miller, T.R. (2000). Suicide acts in 8 states: Incidence and case fatality rates by demographics and method. *American Journal of Public Health*, 90(12), 1885-1891.
- ²⁷⁰ California Civil Code Section 1714.22.
- ²⁷¹ Bryan, C. J., Stone, S. L., & Rudd, M. D. (2011). A practical, evidence-based approach for means-restriction counseling with suicidal patients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(5), 339-346.
- ²⁷² Kruesi, M. J., Grossman, J., Pennington, J. M., Woodward, P. J., Duda, D., & Hirsch, J. G. (1999). Suicide and violence prevention: parent education in the emergency department. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(3), 250-255.
- ²⁷³ Betz, M. E., Miller, M., Barber, C., Beaty, B., Miller, I., Camargo, C. A., & Boudreaux, E. (2016). Lethal means access and assessment among suicidal emergency department patients. *Depression and Anxiety*, 33(6), 502-511.
- ²⁷⁴ Visit the Suicide Prevention Resource Center at <https://training.sprc.org/>.
- ²⁷⁵ Johnson, R. M., Frank, E. M., Ciocca, M., & Barber, C. W. (2011) Training mental healthcare providers to reduce at-risk patients' access to lethal means of suicide: evaluation of the CALM Project. *Archives of Suicide Research*, 15(3), 259-264.
- ²⁷⁶ Centers for Disease Control and Prevention (2009). *Strategic direction for the prevention of suicidal behavior: promoting individual, family, and community connectedness to prevent suicidal behavior*. Retrieved from http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide_Strategic_Direction_Full_version-a.pdf.

- ²⁷⁷ Greden, J. F., Valenstein, M., Spinner, J., Blow, A., Gorman, L. A., Dalack, G. W., Marcus, S., & Kees, M. (2010). Buddy-to-Buddy, a citizen soldier peer support program to counteract stigma, PTSD, depression, and suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1208*(1), 90–97. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05719.x>.
- ²⁷⁸ Whitlock, J., Wyman, P. A., & Moore, S. R. (2014). Connectedness and suicide prevention in adolescents: Pathways and implications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *44*, 246–272.
- ²⁷⁹ Saewyc, E., Konishi, C., Rose, H., & Homma, Y. (2014). School-based strategies to reduce suicidal ideation, suicide attempts, and discrimination among sexual minority and heterosexual adolescents in Western Canada. *International Journal of Child Youth and Family Studies*, *5*(1), 89–112. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs.saewyc.512014>.
- ²⁸⁰ Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in White and Latino LGBT young adults. *Pediatrics*, *123*, 346–352.
- ²⁸¹ Centers for Disease Control and Prevention (2009). *Strategic direction for the prevention of suicidal behavior: promoting individual, family, and community connectedness to prevent suicidal behavior*. Retrieved from http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide_Strategic_Direction_Full_version-a.pdf.
- ²⁸² Lester, L., & Cross, D. (2015). The relationship between school climate and mental and emotional wellbeing over the transition from primary to secondary school. *Psychology of Well-Being*, *5*(1), 9.
- ²⁸³ Wilkins, N., Tsao, B., Hertz, M., Davis, R., & Klevens, J. (2014). *Connecting the Dots: An Overview of the Links Among Multiple Forms of Violence*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention and Oakland, CA: Prevention Institute.
- ²⁸⁴ Ibid.
- ²⁸⁵ Ibid.
- ²⁸⁶ Wilkins, N., Myers, L., Kuehl, T., Bauman, A., & Hertz, M. (2018). Connecting the dots: State health department approaches to addressing shared risk and protective factors across multiple forms of violence. *Journal of Public Health Management and Practice: JPHMP*, *24*(Suppl 1 INJURY AND VIOLENCE PREVENTION), S32–S41. <http://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000669>.
- ²⁸⁷ Ibid.
- ²⁸⁸ Joe, S., Canetto, S. S., & Romer, D. (2008). Advancing prevention research on the role of culture in suicide prevention. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *38*(3), 354–362.
- ²⁸⁹ Kellam, S. G., Mackenzie, A. C. L., Brown, C. H., Poduska, J. M., Wang, W., Petras, H., & Wilcox, H. C. (2011). The Good Behavior Game and the future of prevention and treatment. *Addiction Science and Clinical Practice*, *6*, 73–84.
- ²⁹⁰ LaFromboise, T., & Howard-Pitney, B. (1995). The Zuni life skills development curriculum: Description and evaluation of a suicide prevention program. *Journal of Counseling Psychology*, *42*(4), 479.
- ²⁹¹ De Leo, D., & Heller, T. (2008). Social modeling in the transmission of suicidality. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, *29*, 11–19.
- ²⁹² Gould, M. S. (1990). *Suicide clusters and media exposure*. In: Blumenthal S, Kupfer D, editors. *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Association; pp. 517–532.
- ²⁹³ Hazell, P. (1993). Adolescent suicide clusters—evidence, mechanisms and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *4*(27), 653–665.
- ²⁹⁴ Gould, M. S., Kleinman, M., Lake, A., Forman, J., & Midle, J. (2014). Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988–96: A retrospective, population-based, case control study. *The Lancet Psychiatry*, *1*(1), 34–43.
- ²⁹⁵ Gould, M. S. (2001). Suicide and the media. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *932*, 200–221.
- ²⁹⁶ Williams, J. (2011). The effect on young people of suicide reports in the media. *Mental Health Practice*, *8*(14), 34–36.

- ²⁹⁷ Thomas, K., Chang, S. S., & Gunnell, D. (2011). Suicide epidemics: the impact of newly emerging methods on overall suicide rates—a time trends study. *BMC Public Health*, *11*, 314.
- ²⁹⁸ SAMHSA, U.S. Department of Health and Human Services, Entertainment Industries Council, Inc., ENCORE Management Corporation. (n.d.). *Picture This: Depression and Suicide Prevention* (contract number 280-02-07010). Entertainment Industries Council, Inc.
- ²⁹⁹ Ibid.
- ³⁰⁰ Ibid.
- ³⁰¹ While, D., Bickley, H., Roscoe, A., et al. (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*, *379*(9820), 1005–1012.
- ³⁰² Bashshur, R. L., Shannon, G. W., Bashshur, N., & Yellowlees, P. M. (2016). The Empirical evidence for telemedicine interventions in mental disorders. *Telemedicine Journal and E-Health*, *22*(2), 87–113.
- ³⁰³ Mohr, D. C., Ho, J., Duffecy, J., et al. (2012). Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients: a randomized trial. *Journal of the American Medicine Association*, *307*(21), 2278–2285.
- ³⁰⁴ Gilmore, A. K., & Ward-Ciesielski, E. F. (2017). Perceived risks and use of psychotherapy via telemedicine for patients at risk for suicide. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1357633X17735559. Advance online publication. doi:10.1177/1357633X17735559.
- ³⁰⁵ Pickering, T. A., Wyman, P. A., Schmeelk-Cone, K., Hartley, C., Valente, T. W., Pisani, A. R., Rullison, K., Brown, C., & LoMurray, M. (2018). Diffusion of a peer-led suicide preventive intervention through school-based student peer and adult networks. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 598. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00598>.
- ³⁰⁶ Ibid.
- ³⁰⁷ Hanisch, S. E., Twomey, C. D., Szeto, A. C., Birner, U. W., Nowak, D., & Sabariego, C. (2016). The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *16*, 1. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0706-4>.
- ³⁰⁸ Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L., Dickens, C., & Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, *10*, Art. No.: CD006525. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>.
- ³⁰⁹ American Psychiatric Association and Academy of Psychosomatic Medicine (2016). Dissemination of Integrated Care Within Adult Primary Care Settings: The Collaborative Care Model. Retrieved February 12, 2019 from <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/professional-interests/integrated-care/learn>.
- ³¹⁰ Alexopoulos, G. S., Reynolds, C. F., Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., Oslin, D. W., Ten Have, T., PROSPECT Group (2009). Reducing suicidal ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *The American Journal of Psychiatry*, *166*(8), 882–890.
- ³¹¹ Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J., Hun-keler E., & the IMPACT Investigators (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, *54*, 1550–1556.
- ³¹² Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 909–916.
- ³¹³ Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors: Systematic analysis of population health data. *The Lancet*, *367*, 1747–1757.
- ³¹⁴ Simon, G. E., Von Korff, M., & Piccinelli, M., et al. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine*, *341*, 658–659.

- ³¹⁵ 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., Rhimer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahasashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Wip, P., & Hardin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, *294*, 2064–2074.
- ³¹⁶ Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Gatekeeper training for suicide prevention: A theoretical model and review of the empirical literature. *Rand Health Quarterly*, *5*(1), 16.
- ³¹⁷ Ibid.
- ³¹⁸ Ibid.
- ³¹⁹ Ibid.
- ³²⁰ Ibid.
- ³²¹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *Crisis Services: Effectiveness, Cost Effectiveness, and Funding Strategies*. HHS Publication No. (SMA)-14-4848. Rockville, MD: Author.
- ³²² National Association of State Mental Health Program Directors (2018). *A comprehensive crisis system: Ending unnecessary emergency room admissions and jail bookings associated with mental illness*. Alexandria, VA: Broadway, E., Covington, D., National Association of State Mental Health Program Directors. Retrieved February 12, 2019 from https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/TACPaper5_ComprehensiveCrisisSystem_508C.pdf.
- ³²³ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014). *Crisis Services: Effectiveness, Cost Effectiveness, and Funding Strategies*. HHS Publication No. (SMA)-14-4848. Rockville, MD: Author.
- ³²⁴ Ibid.
- ³²⁵ Acosta, J., Ramchand, R., Jaycox, L.H., Becker, A., & Eberhart, N.K. (2012). Interventions to Prevent Suicide: A Literature Review to Guide Evaluation of California’s Mental Health Prevention and Early Intervention Initiative, Santa Monica, Calif.: RAND Corporation, TR-1317-CMHA, 2012. Retrieved October 18, 2018 from http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR1317.html.
- ³²⁶ Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L., & Kleinman, M. (2013). Impact of Applied Suicide Intervention Skills Training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *43*(6), 676-691.
- ³²⁷ Bernert, R. A., Hom, M. A., & Roberts, L. W. (2014). A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention: Toward an emerging standard in suicide risk assessment and management, training and practice. *Academic Psychiatry*, *38*(5), 585-592. <https://doi:10.1007/s40596-014-0180-1>.
- ³²⁸ Jobes, D. A., Gregorian, M. J., & Colborn, V. A. (2018). A stepped care approach to clinical suicide prevention. *Psychological Services*, *15*(3), 243-250. <http://dx.doi.org/10.1037/ser0000229>.
- ³²⁹ Ibid.
- ³³⁰ Ibid.
- ³³¹ Weber, A. N., Michail, M., Thompson, A., & Fiedorowicz, J. G. (2017). Psychiatric emergencies: Assessing and managing suicidal ideation. *Medical Clinics of North America*, *101*(3), 553-571. <https://doi:10.1016/j.mcna.2016.12.006>.
- ³³² Visit <http://cssrs.columbia.edu/> for more information on the Columbia-Suicide Severity Rating Scale.
- ³³³ Ibid.
- ³³⁴ Johnson, J. G., Harris, E. S., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The patient health questionnaire for adolescents: validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*, *30*(3), 196-204.
- ³³⁵ Horowitz, L. M., Bridge, J. A., Teach, S. J., et al. (2012). Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): A Brief Instrument for the Pediatric Emergency Department. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, *166*(12), 1170–1176. <https://doi:10.1001/archpediatrics.2012.1276>.
- ³³⁶ Ibid.
- ³³⁷ Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*, 256–264.
- ³³⁸ McMyler, C., & Prymachuk, S. (2008). Do ‘no-suicide’ contracts work? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *15*(6), 512-522. <https://doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01286.x>.

- ³³⁹ Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 256-264.
- ³⁴⁰ Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E., & Rudd, M.D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders, 212*, 64-72. <https://doi:10.1016/j.jad.2017.01.028>.
- ³⁴¹ Jobes, D. A. (2012). The collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*(6), 640-653. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00119.x>
- ³⁴² McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., et al. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial [published online June 20, 2018]. *JAMA Psychiatry*. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>.
- ³⁴³ Miller, A. L., Rathus, J., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. The New York: Guilford Press.
- ³⁴⁴ Mazza, J. J., Dexter-Mazza, E. T., Miller, A. L., Rathus, J. H., Murphy, H. E., & Linehan, M. M. (2016). *The Guilford practical intervention in the schools series. DBT® skills in schools: Skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A)*. New York, NY, US: Guilford Press.
- ³⁴⁵ Stanley, B., Brown, G., Brent, D. A., Wells, K., Poling, K., Curry, J., Kennard, B. D., Wagner, A., Cwik, M. F., Klomek, A. B., Goldstein, T., Vitiello, B., Barnett, S., Daniel, S., . . . Hughes, J. (2009). Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48*(10), 1005-1013.
- ³⁴⁶ Ibid.
- ³⁴⁷ Ibid.
- ³⁴⁸ Visit <https://cams-care.com/about-cams/>.
- ³⁴⁹ Jobes, D. A. (2006). *Managing suicidal risk: a collaborative approach*. New York: Guilford Press.
- ³⁵⁰ Jobes, D. A., Comtois, K. A., Brenner, L. A., Gutierrez, P. M., O'Connor, S. (2016). Lessons learned from clinical trials of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) In: O'Connor RC, Gordon, J. Platt, S.,(eds.). *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy, and Practice*. 2. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- ³⁵¹ Park, A., Gysin-Maillart, A., Müller, T. J., Exadaktylos, A., & Michel, K. (2018). Cost-effectiveness of a brief structured intervention program aimed at preventing repeat suicide attempts among those who previously attempted suicide: A secondary analysis of the ASSIP randomized clinical trial. *JAMA Network Open, 1*(6), e183680. <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.3680>.
- ³⁵² Ibid.
- ³⁵³ Ibid.
- ³⁵⁴ 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., Rhimer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahasashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Wip, P., & Hardin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *The Journal of the American Medical Association, 294*, 2064-2074.
- ³⁵⁵ Agency for Health Care Policy and Research. (1999). *Evidence report on treatment of depression: Newer pharmacotherapies*. Washington, DC: AHCPH Evidence-Based Practice Centers.
- ³⁵⁶ Thies-Flechtner, K., Muller-Oerlinghausen, B., Seibert, W., Walther, A., & Greil, W. (1996). Effect of prophylactic treatment on suicide risk in patients with major affective disorders: data from a randomized prospective trial. *Pharmacopsychiatry, 29*, 103-107.
- ³⁵⁷ Bernert, R. A., Hom, M. A., Iwata, N. G., & Joiner, T. E. (2017). Objectively assessed sleep variability as an acute warning sign of suicidal ideation in a longitudinal evaluation of young adults at high suicide risk. *The Journal of Clinical Psychiatry, 78*(6), e678-e687. <https://doi.org/10.4088/JCP.16m11193>.
- ³⁵⁸ The National Institute of Mental Health (NIMH), The National Institute of Health (NIH). (2012). *NCT01689909: Reducing Suicidal Ideation through Insomnia Treatment*. Augusta University: Author.

- ³⁵⁹ Weissman, C. R., Blumberger, D. M., Brown, P. E., Isserles, M., Rajji, T. K., Downar, J., Mulsant, B. H., Fitzgerald, P. B., Daskalakis, Z. J. (2018). Bilateral Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation decreases suicidal ideation in depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79 (3), 17m11692. <https://doi.org/10.4088/JCP.17m11692>.
- ³⁶⁰ Lee, J., Narang, P., Enja, M., & Lippmann, S. (2015). Use of ketamine in acute cases of suicidality. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 12(1-2), 29-31.
- ³⁶¹ Larkin, G. L., Beautrais, A. L. (2011). A preliminary naturalistic study of low-dose ketamine for depression and suicide ideation in the emergency department. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14, 1127–1131.
- ³⁶² Larkin, G. L. & Beautrais, A. L. (2010). Emergency departments are underutilized sites for suicide prevention. *Crisis*, 31(1), 1–6.
- ³⁶³ National Action Alliance for Suicide Prevention Research Prioritization Task Force. (2014). *A Prioritized Research Agenda for Suicide Prevention: An Action Plan to Save Lives*. Retrieved November 5, 2018 from <http://actionallianceforsuicideprevention.org/task-force/research-prioritization>.
- ³⁶⁴ Miller, I. W., Camargo, C. A., Jr., Arias, S. A., Sullivan, A. F., Allen, M. H., Goldstein, A. B., . . . Boudreaux, E. D. (2017). Suicide prevention in an emergency department population: The ED-SAFE study. *JAMA Psychiatry*, 74(6), 563-570. <https://doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0678>.
- ³⁶⁵ 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, 32-41. <https://doi:10.1027/0227-5910/a000158>.
- ³⁶⁶ Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of post crisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52(6), 828-833.
- ³⁶⁷ Ibid.
- ³⁶⁸ Ibid.
- ³⁶⁹ Ibid.
- ³⁷⁰ Richardson, J. S., Mark, T. L., & McKeon, R. (2014). The return on investment of post discharge follow-up calls for suicidal ideation or deliberate self-harm. *Psychiatric Services*, 65, 1012-1019.
- ³⁷¹ Andrews, G., & Sunderland, M. (2009). Telephone case management reduces both distress and psychiatric hospitalization. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 809-811.
- ³⁷² Cvinar, J.G. (2005). Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. *Perspectives in Psychiatric Care*, 41, 14–21.
- ³⁷³ Survivors of Suicide Loss Task Force. (2015). *Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: U.S. National Guidelines*. Washington, DC: National Action Alliance for Suicide Prevention. Retrieved from <http://www.sprc.org/resources-programs/responding-grief-trauma-and-distress-after-suicide-us-national-guidelines>.
- ³⁷⁴ McDaid, C., Trowman, R., Golder, S., Hawton, K., & Sowden, A. (2008). Interventions for people bereaved through suicide: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193(6), 438-443. <https://doi:10.1192/bjp.bp.107.040824>.
- ³⁷⁵ Kaslow, N. J., Samples, T. C., Rhodes, M., & Gantt, S. (2011). A family-oriented and culturally sensitive postvention approach with suicide survivors. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Eds.), *Series in death, dying and bereavement. Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors* (pp. 301-323). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- ³⁷⁶ Ibid.
- ³⁷⁷ See National Action Alliance for Suicide Prevention: Suicide Attempt Survivors Task Force. (2014). *The Way Forward: Pathways to hope, recovery, and wellness with insights from lived experience*. Washington, DC: Author.
- ³⁷⁸ Visit <https://www.cdc.gov/nssp/biosense/index.html> for more information on the Centers for Disease Control and Prevention’s BioSense Platform.
- ³⁷⁹ Visit <https://crisisnow.com/> for more information on the Crisis Now Model.

Obtenga Ayuda Ahora

Si usted u otra persona necesita ayuda, puede comunicarse con un consejero de crisis capacitado llamando a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio (National Suicide Prevention Lifeline) al **800-273-TALK (8255)** o enviando TALK por mensaje de texto al **741741**.

- Las personas que hablan español pueden llamar al **888-682-9454**.
- Para los adolescentes, llame a la LÍNEA DE ADOLESCENTES (TEEN LINE) al **310-855-4673** o envíe TEEN por mensaje de texto al **839863**.
- Para los veteranos, llame al **800-273-TALK (8255)** y **presione 1**.
- Para los jóvenes LGBTQ, llame a The Trevor Project al **866-488-7386** o envíe **START** por mensaje de texto al **678678**.
- Para personas transgénero, llame a la línea Trans al **877-565-8860**.
- Para las personas sordas o con problemas de audición, llame al **800-799-4889**.
- Para el personal de las fuerzas de seguridad, llame a la COPLINE al **800-267-5463**.
- Para otro personal de servicios de emergencia, llame a la línea de ayuda de Fire/EMS (Bomberos/Ambulancias) al **888-731-FIRE (3473)**.



1325 J Street, Suite 1700 | Sacramento, CA 95814
www.mhsoac.ca.gov | (916) 445-8696