



SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

# **EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE RIESGO DE SUICIDIO EN ASTURIAS (2018-2024): ANÁLISIS CLÍNICO, ASISTENCIAL Y PERCEPCIÓN PROFESIONAL**

## **Autores**

Carrasco Castro, Paula (Área Sanitaria V)

Couce Sánchez, Manuel José (Área Sanitaria IV)

Coya Alonso, Tamara (Área Sanitaria VII)

Fernández Linde, Francisco de Borja (Área Sanitaria VIII)

Rivas Encinas, Silvia Victoria (Área Sanitaria III)

## **Tutoras**

Fernández Bretón, Eva (tutora metodológica; médica especialista en  
Medicina Preventiva y Salud Pública)

Rodríguez Revuelta, Julia (tutora clínica; médica especialista en  
Psiquiatría)

**TRABAJO FIN DE RESIDENCIA PARA EL TÍTULO DE  
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD  
MENTAL DE ASTURIAS**

Asturias, 25 de marzo de 2026

## RESUMEN

El suicidio es una causa relevante de muerte prevenible y un reto prioritario en Asturias, donde en 2018 se implantó el Protocolo de Riesgo de Suicidio (PRS) para mejorar la evaluación y el seguimiento ambulatorio. Este estudio busca analizar las características de los casos incluidos en PRS desde su implantación, así como su recorrido asistencial y explorar la percepción del programa entre los profesionales implicados.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de diseño mixto. Se analizaron las características de los pacientes incluidos en el PRS en 2018 en las Áreas Sanitarias V y VIII y se revisaron datos agregados de las inclusiones registradas entre 2020 y 2024 en las Áreas III, IV, V, VII y VIII. El impacto asistencial se evaluó mediante análisis de supervivencia hasta el primer ingreso psiquiátrico. Asimismo, se administró una encuesta anónima a profesionales de salud mental.

En 2018 se registraron 147 inclusiones, con perfiles diferenciados entre áreas, predominando diagnósticos de trastornos afectivos. Entre 2020 y 2024 se contabilizaron 1218 pacientes, mayoritariamente mujeres y derivados desde dispositivos de salud mental, observándose un descenso progresivo de casos. Aproximadamente dos tercios no requirieron ingreso psiquiátrico en el primer año. La encuesta a 91 profesionales mostró una percepción de sostenibilidad moderada-baja, señalando dificultades de integración del PRS en el flujo asistencial y de monitorización sistemática.

En conjunto, el PRS contribuye a un manejo ambulatorio más estructurado, aunque persisten retos organizativos que requieren refuerzo de recursos, coordinación y evaluación continua.

## **Palabras clave**

Suicidio

Conducta suicida

Prevención del suicidio

Riesgo suicida

Servicios de salud mental

Psiquiatría comunitaria

Hospitalización psiquiátrica

Protocolos clínicos

Continuidad asistencial

Salud mental

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	2
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>1.1 Contextualización</b> .....	5
<b>1.2 Justificación</b> .....	10
<b>1.3 Hipótesis</b> .....	10
<b>1.4 Objetivos</b> .....	11
<b>2. METODOLOGÍA</b> .....	13
<b>2.1 Diseño del estudio</b> .....	13
<b>2.2 Población de estudio</b> .....	13
<b>2.3 Ámbito del estudio</b> .....	13
<b>2.4 Criterios de inclusión</b> .....	14
<b>2.5 Criterios de exclusión</b> .....	14
<b>2.6 Recogida de datos</b> .....	15
<b>2.7 Análisis estadístico</b> .....	16
<b>2.8 Aspectos ético-legales</b> .....	17
<b>2.9 Plan de trabajo</b> .....	18
<b>2.10 Memoria económica</b> .....	18
<b>2.11 Limitaciones</b> .....	18
<b>3. RESULTADOS</b> .....	21
<b>3.1 Análisis descriptivo de 2018 (Áreas Sanitarias V y VIII)</b> .....	21
<b>3.2 Análisis descriptivo de las inclusiones en PRS entre 2020 y 2024 en las Áreas Sanitarias III, IV, V, VII y VIII</b> .....	22
<b>3.3 Análisis preliminar de eficacia del PRS</b> .....	22
<b>3.4 Opinión de los profesionales sobre el PRS</b> .....	23
<b>4. DISCUSIÓN</b> .....	24
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	29
<b>6. AGRADECIMIENTOS</b> .....	31
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	32
<b>8. ANEXOS</b> .....	35
<b>8.1 Hoja de recogida de datos</b> .....	35
<b>8.2 Manual de instrucciones</b> .....	37
<b>8.3 Normativa complementaria</b> .....	39
<b>8.4 Figuras</b> .....	41
<b>8.5 Tablas</b> .....	48

# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Contextualización

“No hay salud sin salud mental; la salud mental debe ser entendida como una parte indivisible de la salud pública.” Organización Mundial de la Salud.

El suicidio constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial, con un impacto significativo en la mortalidad, la morbilidad y el sufrimiento individual, familiar y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera una causa de muerte prevenible, resultado de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales que actúan a lo largo del ciclo vital. <sup>1,2</sup>

Desde el punto de vista clínico, la conducta suicida se conceptualiza como un continuo que abarca desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado, pasando por las tentativas y otras conductas autolesivas. Su detección y abordaje no se circunscriben exclusivamente al ámbito hospitalario o a los servicios de urgencias, sino que implican a distintos niveles asistenciales y contextos de proximidad, como la atención primaria, los servicios sociales, el ámbito educativo y otros dispositivos de contacto frecuente con la población, donde pueden identificarse de forma precoz señales de riesgo. <sup>3</sup>

A nivel global, la OMS estima que más de 720.000 personas fallecen por suicidio cada año, situándose entre las principales causas de muerte en población joven. En particular, el suicidio constituye la tercera causa de defunción en el grupo de edad de 15 a 29 años.<sup>2</sup> Estas estimaciones son consistentes con los datos del estudio Global Burden of Disease (GBD), que sitúan la mortalidad anual en torno a las 740.000 muertes. Aunque la tasa global estandarizada ha mostrado un descenso progresivo desde 1990, persisten importantes desigualdades regionales, con tasas elevadas en determinadas áreas de Europa y una evolución menos favorable en

algunos países de renta alta. Asimismo, se mantienen diferencias por sexo, con mayor mortalidad en varones y mayor frecuencia de tentativas en mujeres.<sup>4-7</sup>

En España, los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) reflejan un aumento de las muertes por suicidio durante el periodo 2020–2022, coincidiendo con la pandemia y la etapa postpandémica por COVID-19, superándose los 4.000 fallecimientos anuales. En los años 2023 y 2024 se observa un posible cambio de tendencia, con un ligero descenso del número total de muertes. En 2024, el suicidio se situó como la segunda causa externa de muerte, con una tasa de 8,1 muertes por cada 100.000 habitantes y un total de 3.953 fallecimientos, afectando predominantemente a los hombres y siendo más frecuente en el grupo de edad comprendido entre los 45 y los 60 años. <sup>6</sup>

Desde una perspectiva territorial, las tasas de suicidio son más elevadas en zonas rurales y en municipios de pequeño tamaño en comparación con grandes núcleos urbanos. En localidades con menos de 10.000 habitantes, la tasa alcanza los 9,3 casos por cada 100.000 habitantes, frente a cifras inferiores en capitales de provincia y municipios de mayor tamaño. <sup>6</sup> Estas diferencias sugieren la influencia de factores estructurales y contextuales, como el envejecimiento poblacional, el aislamiento social, la menor disponibilidad de recursos especializados y las barreras de acceso a los servicios sanitarios y sociales.

La situación resulta especialmente preocupante en la población infanto-juvenil. En 2024 se registraron en España 90 muertes por suicidio en menores de 20 años, la cifra más elevada de los últimos años. Aunque el número absoluto de casos es menor que en otros grupos etarios, el impacto social y familiar de estas muertes es considerable, lo que refuerza la necesidad de estrategias preventivas específicas en edades tempranas y de una detección precoz del malestar psicológico en distintos ámbitos de la vida cotidiana. <sup>6,8</sup>

En el Principado de Asturias, las tasas de suicidio se sitúan de forma persistente entre las más elevadas del país. En 2024 se registraron 11,75 defunciones por cada 100.000 habitantes, con un total de 119 fallecimientos, mayoritariamente en varones. <sup>6</sup> Este contexto ha motivado la implementación de protocolos específicos orientados a la detección precoz, la intervención clínica y el seguimiento continuado de las personas en riesgo, articulando la respuesta entre distintos niveles del sistema sanitario.

Desde el punto de vista teórico, el suicidio puede entenderse adecuadamente desde un modelo biopsicosocial, en el que confluyen vulnerabilidades individuales (biológicas y psicológicas), factores clínicos —como los trastornos mentales y el consumo de sustancias— y condiciones sociales y contextuales. En este marco, el modelo de diátesis–estrés resulta especialmente útil para comprender cómo determinadas vulnerabilidades predisponentes interactúan con factores estresores vitales —como pérdidas, crisis socioeconómicas, enfermedad o aislamiento—, incrementando el riesgo de conducta suicida en determinados momentos. <sup>9</sup>

La evidencia científica respalda esta visión multifactorial, identificando asociaciones consistentes entre la conducta suicida y factores como los trastornos afectivos, la adversidad en la infancia y en la edad adulta, el desempleo, el bajo apoyo social y determinadas características sociodemográficas.<sup>10</sup> Sin embargo, la presencia de estos factores no implica de forma automática la aparición de conducta suicida, lo que subraya la importancia de los elementos protectores, la accesibilidad a los recursos y la continuidad asistencial.

Desde una perspectiva de salud pública, la prevención del suicidio requiere intervenciones que integren el abordaje clínico individual con acciones organizativas, sociales y estructurales. En este sentido, la OMS propone un marco de actuación basado en cuatro grandes líneas estratégicas: la limitación del acceso a medios letales, la promoción de una comunicación responsable en los medios de comunicación, el desarrollo de habilidades para la vida y la identificación temprana, evaluación y apoyo continuado a las personas en riesgo. <sup>8</sup> Estas

estrategias se sustentan en pilares como la colaboración intersectorial, la formación de profesionales y los sistemas de vigilancia y evaluación.

En España, estas recomendaciones se han incorporado al Plan de Acción para la Prevención del Suicidio 2025–2027, que establece un marco estatal para la coordinación de políticas sanitarias y sociales orientadas a reducir la mortalidad por suicidio y prevenir la conducta suicida, con especial atención a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.<sup>10</sup> En este contexto, varias comunidades autónomas han desarrollado protocolos asistenciales específicos para la detección y el manejo del riesgo suicida, con el objetivo de garantizar una respuesta sanitaria rápida y coordinada, similar a la existente en otros procesos tiempo-dependientes como el ictus. Aunque todos los servicios autonómicos de salud disponen de un “Código Ictus”, no todas las comunidades cuentan todavía con un “Código de Riesgo Suicida” estructurado y plenamente implementado. Entre las comunidades autónomas que disponen de un plan de prevención junto con un protocolo o código sanitario específico se encuentran Andalucía, Castilla y León, Cataluña, Extremadura y el País Vasco. En algunos casos, estos programas incluyen dispositivos estructurados de seguimiento tras una tentativa suicida reciente, como el denominado “Código Intento Suicidio Reciente” (CISR).<sup>11</sup>

Por otro lado, existen comunidades autónomas que, aun no disponiendo de un plan integral de prevención del suicidio a nivel autonómico, sí han desarrollado protocolos asistenciales o programas específicos en determinados ámbitos sanitarios. Entre ellas se encuentran Asturias, Cantabria y Navarra. En el caso de Cantabria, por ejemplo, el protocolo se articula a través del Programa CARS (Conducta Autolesiva y Riesgo Suicida) desarrollado en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.<sup>11</sup>

En el Principado de Asturias, el Protocolo de Riesgo Suicida (PRS) establece un circuito asistencial coordinado entre tres niveles principales del sistema sanitario: atención primaria, urgencias de atención primaria y hospitalarias, y los centros de salud mental. El protocolo

incluye la realización de una evaluación clínica estructurada del riesgo suicida mediante instrumentos estandarizados, entre los que destacan la Mini International Neuropsychiatric Interview – módulo de riesgo suicida (MINI) y la Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad del Riesgo Suicida (CGI-SS).<sup>12</sup>

El protocolo organiza la atención clínica en tres fases diferenciadas de seguimiento. La fase aguda, correspondiente al primer mes tras la inclusión en el protocolo, contempla una primera valoración por psiquiatría o psicología clínica y enfermería en un plazo inferior a diez días desde la derivación. Durante este periodo inicial se recomiendan consultas con una frecuencia de una a dos semanas. Al finalizar la cuarta semana se realiza una evaluación específica que determina el paso a la siguiente fase.<sup>12</sup>

La fase subaguda comprende el segundo y tercer mes de seguimiento, periodo durante el cual se recomienda mantener consultas cada dos semanas. Al final del tercer mes se lleva a cabo una nueva valoración clínica que permite determinar la evolución del paciente y decidir la transición a la fase posterior.<sup>12</sup>

Finalmente, la fase de remisión se extiende hasta completar los doce meses de seguimiento dentro del protocolo. Durante esta fase se recomiendan revisiones mensuales, manteniendo un seguimiento clínico continuado. Al finalizar el periodo de seguimiento, y en función de la evolución clínica del paciente, el profesional responsable del caso determina la salida del protocolo o su continuidad. En caso de alta, se registra el motivo correspondiente y se elimina la marca de inclusión en el sistema.<sup>12</sup>

Este modelo de seguimiento estructurado pretende garantizar la continuidad asistencial durante el periodo de mayor vulnerabilidad tras una conducta suicida o una situación de alto riesgo, facilitando la coordinación entre niveles asistenciales y permitiendo una monitorización clínica sistemática de los pacientes incluidos.<sup>12</sup>

## **1.2 Justificación**

A pesar de la implantación en 2018 del Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio en el Principado de Asturias, la evolución reciente de las tasas de suicidio y los cambios acontecidos en el contexto sanitario, social y económico plantean la necesidad de evaluar de forma sistemática su impacto y funcionamiento. Entre 2018 y 2024 se han producido transformaciones relevantes, como la pandemia de COVID-19, modificaciones en el acceso a los servicios sanitarios y una mayor sensibilización de los profesionales en la detección del riesgo suicida, que podrían haber influido tanto en el perfil de los pacientes incluidos en el protocolo como en su recorrido asistencial.

En este sentido, el presente estudio se propone analizar y describir las características clínicas y sociodemográficas de las personas atendidas, así como en los indicadores de atención, seguimiento y adherencia terapéutica. Este análisis permitirá evaluar la evolución del perfil de riesgo suicida y del sistema asistencial, identificar áreas de mejora y aportar información útil para la optimización de futuras estrategias preventivas y terapéuticas en el ámbito de la salud mental.

## **1.3 Hipótesis**

### **Hipótesis general**

Se plantea que el Protocolo de Riesgo de Suicidio (PRS) del Servicio de Salud del Principado de Asturias se asocia con un mayor mantenimiento en seguimiento ambulatorio y menores tasas de hospitalización psiquiátrica no programada en pacientes con conducta suicida, en comparación con lo esperable sin un protocolo estructurado.

## **Hipótesis específicas**

- Debido a las características demográficas, sociales y territoriales del Principado de Asturias, se espera encontrar variabilidad significativa entre las áreas sanitarias III, IV, V, VII y VIII tanto en el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes incluidos en el PRS como en los resultados asistenciales (hospitalización, alta, adherencia al seguimiento).
- La implementación y percepción de sostenibilidad del PRS varían según la disponibilidad de recursos organizativos, la formación profesional y el grado de integración del protocolo en la práctica clínica habitual de cada área sanitaria.
- La aplicación estructurada del PRS se asocia con menor riesgo de hospitalización psiquiátrica durante el primer año de seguimiento en comparación con tasas históricas o esperadas en ausencia de protocolo, especialmente en áreas con mayor adherencia a su implementación.

## **1.4 Objetivos**

### **Objetivo general**

Evaluar el funcionamiento asistencial y la implementación del Protocolo de Riesgo de Suicidio (PRS) del Servicio de Salud del Principado de Asturias, así como la percepción de sostenibilidad por parte de los profesionales implicados.

### **Objetivos específicos**

1. Describir las características sociodemográficas y clínico-epidemiológicas de los pacientes incluidos en el protocolo en el año de su implantación (2018), de las áreas V y VIII.
2. Evaluar la tendencia en el volumen de inclusiones anuales en el PRS en las áreas III, IV, V, VII y VIII, entre los años 2020 a 2024.

3. Evaluar la repercusión asistencial del PRS mediante el análisis del riesgo de hospitalización psiquiátrica durante el seguimiento de los pacientes incluidos en el protocolo.
4. Analizar la percepción de los profesionales sanitarios de las áreas III, IV, V, VII y VIII sobre la sostenibilidad del PRS mediante la evaluación de seis dimensiones (personal y liderazgo comprometido, preparación organizacional, integración al flujo de trabajo, implementación y capacitación, monitoreo y evaluación y resultados y efectividad), identificando las principales barreras para su continuidad asistencial.

## **2. METODOLOGÍA**

### **2.1 Diseño del estudio**

Se realizará un estudio observacional, retrospectivo, comparativo y transversal analítico, con un diseño mixto. El estudio integrará dos vertientes; por un lado, se llevará a cabo un análisis clínico-asistencial de los pacientes incluidos en el Protocolo de Riesgo de Suicidio (PRS) del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Para profundizar en el perfil clínico, se analizarán de forma individualizada los casos de las áreas V y VIII incluidos durante el primer año de su implantación (inicio en 2018). Complementariamente, se realizará un análisis de la evolución y efectividad del protocolo a nivel regional mediante datos agregados entre 2020 y 2024 de las Áreas Sanitarias III, IV, V, VII y VIII. Por otro lado, se incorporará un estudio transversal descriptivo mediante encuesta de sostenibilidad dirigida a los profesionales de Salud Mental implicados en la aplicación del PRS.

### **2.2 Población de estudio**

La población de estudio estará constituida por dos grupos diferenciados:

- Pacientes adultos incluidos en el PRS del SESPA en el año 2018 con seguimiento en los Centros de Salud Mental de las áreas V y VIII y una muestra global de pacientes incluidos en el PRS del SESPA del periodo 2020-2024 con seguimiento en los Centros de Salud Mental de las áreas III, IV, V, VII y VIII.
- Profesionales de Salud Mental (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y residentes) de las Áreas Sanitarias III, IV, V, VII y VIII implicados en la aplicación del protocolo.

### **2.3 Ámbito del estudio**

El estudio se desarrollará en los Centros de Salud Mental correspondientes a las áreas III, IV, V, VII y VIII del Principado de Asturias.

Debido a limitaciones administrativas en el acceso a historias clínicas, el abordaje metodológico será diferenciado según el área sanitaria:

- En las Áreas Sanitarias V y VIII se realizará un análisis individualizado mediante revisión directa de historias clínicas electrónicas de los pacientes incluidos en el primer año de su implementación.
- En las Áreas Sanitarias III, IV y VII junto con las áreas V y VIII, se llevará a cabo un análisis a partir de datos estadísticos agregados previamente anonimizados, facilitados por la Dirección de Salud Mental del Principado de Asturias de los pacientes incluidos entre los años 2020 y 2024.

## 2.4 Criterios de inclusión

### **Pacientes:**

- Inclusión en el Protocolo de Suicidio del Servicio de Salud del Principado de Asturias durante los años 2018 a 2024.
- Edad igual o superior a 18 años en el momento de la inclusión en el protocolo.
- Seguimiento realizado en los centros de salud mental del área sanitaria correspondiente.

### **Profesionales:**

- Profesionales de Salud Mental en activo en las áreas sanitarias participantes.
- Participación en la aplicación o seguimiento del PRS.

## 2.5 Criterios de exclusión

### **Pacientes:**

- Ausencia de seguimiento en salud mental.
- Inclusión errónea en el protocolo por causas no relacionadas con riesgo suicida.

- Menores de 18 años.
- Incapacidad para comprender el significado o consecuencias del acto autolítico por deterioro cognitivo o discapacidad intelectual.

**Profesionales:**

- Profesionales sin contacto clínico con el protocolo.
- Encuestas incompletas.

## **2.6 Recogida de datos**

En las Áreas Sanitarias V y VIII, la recogida de datos de los pacientes incluidos en el primer año de implantación del PRS se realizará mediante una revisión sistemática de las historias clínicas electrónicas (Selene), utilizando una hoja de recogida de datos estandarizada y un manual de instrucciones consensuado previamente.

En las Áreas Sanitarias III, IV y VII, junto con las áreas V y VIII, se analizarán datos estadísticos agregados y anonimizados facilitados por la Dirección de Salud Mental del Principado de Asturias, sin acceso a información clínica individual ni a identificadores personales de los pacientes incluidos entre 2020-2024.

Asimismo, se llevará a cabo una encuesta anónima, voluntaria y multidisciplinar dirigida a profesionales de Salud Mental de las Áreas III, IV, V, VII y VIII. El instrumento será una adaptación de escalas validadas de evaluación de programas y satisfacción (PSAT/CSAT), estructurada mediante una escala tipo Likert de 5 opciones, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). La encuesta evaluará la percepción de utilidad, aplicabilidad e integración del PRS en la práctica clínica habitual.

## 2.7 Análisis estadístico

Se realizará un análisis descriptivo exhaustivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra de pacientes de las áreas V y VIII del año 2018. Las variables continuas se describirán mediante la media y la desviación estándar (DE), o bien mediante la moda y el rango intercuartílico si no presentan una distribución normal, lo cual se evaluará mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Las variables categóricas se presentarán como frecuencias absolutas y porcentajes.

La representación gráfica de las variables se realizará mediante diagramas de barras, mientras que la evolución del riesgo de hospitalización se presentará mediante curvas de supervivencia.

Con el objetivo de evaluar la efectividad clínica del protocolo, se realizará un análisis de supervivencia respecto al riesgo de hospitalización en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) utilizando el método de Kaplan-Meier. Este análisis será estratificado por Área Sanitaria, calculando la probabilidad de supervivencia libre de ingreso a los 12 meses con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95%.

Los resultados de la encuesta de sostenibilidad dirigida a profesionales se analizarán mediante estadísticos descriptivos, calculando la media, la desviación estándar y la mediana para cada uno de los seis dominios evaluados (Personal y Liderazgo, Preparación Organizacional, Integración, Implementación, Monitoreo y Resultados), así como una puntuación global de sostenibilidad.

El nivel de significación estadística se establecerá en  $p < 0,05$ .

El análisis se realizará con el programa IBM SPSS Statics versión 29.0.

## 2.8 Aspectos ético-legales

Este estudio se ajustará a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y a las disposiciones recogidas en la legislación española vigente en materia de investigación clínica con datos personales, especialmente la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo (RGPD). Los datos clínicos y los resultados de la encuesta serán anonimizados y tratados de forma confidencial.

Al tratarse de un estudio retrospectivo, observacional y sin intervención directa sobre los pacientes, no implica riesgos físicos ni psicológicos para los sujetos incluidos. Se utilizarán exclusivamente datos previamente registrados en las historias clínicas electrónicas de los centros de salud mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), sin contacto directo con los pacientes ni recolección activa de datos personales adicionales. Todos los datos serán anonimizados y tratados de forma confidencial. Se eliminarán los identificadores personales y se asignará un código a cada paciente para garantizar la confidencialidad durante la recogida, análisis y almacenamiento de la información. El acceso a los datos estará restringido a los investigadores responsables.

En el caso de la encuesta a profesionales, al tratarse de un estudio anónimo, voluntario y sin recogida de datos personales identificativos, el consentimiento se considerará implícito mediante la participación en la misma.

El proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias (CEIM) con referencia 2025.338.

Además, se prestará especial atención a la sensibilidad del tema del suicidio, procurando un análisis riguroso y respetuoso que contribuya a mejorar la atención clínica y las políticas de prevención sin estigmatizar a las personas afectadas.

## **2.9 Plan de trabajo**

El estudio se desarrollará conforme a un cronograma previamente establecido que incluye: creación del protocolo, búsqueda y revisión de bibliografía, solicitud de autorizaciones, recogida de datos, codificación, mecanización y análisis de resultados, elaboración del informe final, resumen, presentación y publicación.

## **2.10 Memoria económica**

El estudio no requiere financiación específica. Los costes se limitarán a recursos materiales básicos, fundamentalmente impresión de documentos y uso de equipos informáticos disponibles en los centros sanitarios.

## **2.11 Limitaciones**

El diseño retrospectivo puede conllevar limitaciones derivadas de la calidad, exhaustividad y homogeneidad de los registros clínicos. Algunas variables clínicas o asistenciales pueden estar incompletas o no haber sido registradas sistemáticamente.

Al no tratarse de un estudio experimental, sino observacional sin aleatorización ni grupo control, no es posible establecer relaciones de causalidad, sino únicamente asociaciones entre variables. En este sentido, los resultados deben interpretarse con un carácter exploratorio y como generadores de hipótesis para futuras investigaciones.

Puede existir variabilidad entre áreas sanitarias en la aplicación del Protocolo de Riesgo de Suicidio y en los criterios de inclusión de los pacientes, lo que podría introducir un sesgo de selección. Asimismo, los pacientes con un seguimiento más prolongado o estructurado pueden estar sobrerrepresentados frente a aquellos que abandonan el seguimiento o presentan menor adherencia.

Algunas conductas suicidas, especialmente autolesiones no comunicadas o intentos no registrados en la historia clínica, pueden no haberse declarado ni registrado, lo que podría conducir a una subestimación de la prevalencia real de recaídas.

El entorno sanitario y social ha cambiado significativamente entre 2018 y 2024 (por ejemplo, la pandemia de COVID-19, reorganización de servicios, implementación de nuevos recursos en salud mental), lo que puede influir en las diferencias observadas y dificultar la atribución directa de los cambios exclusivamente a la implantación del protocolo.

La inclusión de una encuesta de satisfacción dirigida a profesionales de Salud Mental se planteó como una estrategia complementaria para contextualizar los resultados y recoger información relevante sobre la implementación y utilidad percibida del Protocolo de Riesgo de Suicidio. No obstante, este estudio presenta limitaciones inherentes a los estudios basados en cuestionarios, como el sesgo de respuesta.

Aunque la encuesta a profesionales aporta una perspectiva asistencial, el estudio no incorpora entrevistas ni instrumentos cualitativos dirigidos a los pacientes, por lo que no se recogen aspectos subjetivos relevantes como la percepción individual del riesgo suicida, la alianza terapéutica o el apoyo familiar, factores de gran importancia clínica en la conducta suicida.

A parte de las anteriores limitaciones, inherentes al tipo de estudio desarrollado, nos encontramos con otras limitaciones en la recogida de datos; aunque el Comité de Ética de la Investigación autorizó el estudio y aprobó la exención del consentimiento informado, los responsables de sistemas de informática del SESPA manifestaron su desacuerdo en facilitar los datos de las historias clínicas en las áreas III, IV y VII sin contar con el consentimiento explícito de los pacientes.

Estas restricciones administrativas motivaron un cambio en el diseño metodológico original del estudio: así, mientras que en las Áreas V y VIII fue posible realizar revisión detallada de

historias clínicas individuales, en las Áreas III, IV y VII el análisis se basó en datos estadísticos agregados anonimizados facilitados por la Dirección de Salud Mental del Principado de Asturias. Esta heterogeneidad en las fuentes de información reduce la comparabilidad directa entre áreas y la profundidad del análisis clínico individual. En documentos anexos se encuentra una descripción detallada de las restricciones normativas que motivaron esta decisión metodológica.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Análisis descriptivo de 2018 (Áreas Sanitarias V y VIII)

En el año de implantación del PRS (2018), se incluyeron 70 pacientes en el Área V y 77 en el Área VIII, mostrando perfiles diferenciados. El Área V exhibió predominio femenino (54,3%) y menor edad (mediana 46,0 años), homogeneidad étnica caucásica (90%) y urbanización casi total (97,1%), contrastando con el Área VIII, que presentó paridad de género (50,6% hombres), envejecimiento (mediana 52,0 años), mayor ruralidad (23,4%) y marcada brecha educativa (2,6% universitarios vs 19,3% en Área V). Las características sociodemográficas más destacadas se pueden ver en la **Figura 1** y los datos completos se muestran en la **Tabla 1**.

Clínicamente, predominaron los trastornos afectivos (61,4% en el Área V vs 44,2% en el Área VIII; ver **Figura 2**), con mayor uso de antidepresivos en Área V (81,8% vs 55,8%). La comorbilidad somática fue baja en ambas áreas, destacando la traumatológica en V (14,3%) y pluripatológica/neurológica en la VIII (11,7%). Los datos clínicos completos se muestran en la **Tabla 2**.

La ideación autolítica motivó la mayoría de las inclusiones en el PRS (50,0% en el Área V frente a 63,6% en el Área VIII), con 82,9% sin conductas autolíticas en seguimiento en el Área V (vs 66,2% en la VIII) y tasas de alta por mejoría superiores en V (72,9% frente a 46,8%). No obstante, se registraron eventos de riesgo como intentos autolíticos (5,7% en Área V; 11,7% en Área VIII) y dos suicidios consumados en el área V (2,9%) y uno en el Área VIII (1,3%). Los datos completos sobre conducta suicida y cumplimiento del PRS se muestran en la **Tabla 3**.

### 3.2 Análisis descriptivo de las inclusiones en PRS entre 2020 y 2024 en las Áreas Sanitarias III, IV, V, VII y VIII

Entre 2020 y 2024 se registraron 1218 inclusiones en el PRS en las áreas III, IV, V, VII y VIII (**Tabla 4**), evidenciando heterogeneidad interregional, como se muestra en la figura 4 y en las **Tablas 5 a 7**.

El Área IV concentró la mayor casuística (768 casos; 63,1%), con predominio femenino (63%) y derivación casi exclusiva desde Salud Mental (90%). El Área V presentó el menor volumen (28 casos; 2,3%), siendo la única con predominio masculino (54%) y con la mayor derivación desde Salud Mental (93%).

Las áreas III (180 casos; 14,8%), VII (134; 11,0%) y VIII (108; 8,9%) mostraron paridad de género ( $\approx 50\%$ ) y derivación mayoritaria desde Salud Mental (90%), destacando el Área III por mayor número de derivaciones desde Atención Primaria (20%).

Las tasas de alta variaron: 66% en el Área VII, 60% en el Área III y 58% en el Área VIII. Globalmente se observó un descenso progresivo de inclusiones (de 371 en 2020 a 115 en 2024; esto supone un descenso proporcional del 69%), especialmente pronunciado en el Área VIII (de 51 a 2 casos).

### 3.3 Análisis preliminar de eficacia del PRS

El 64% de los pacientes evitaron ingresar en la UHP durante su seguimiento en el PRS (**Tabla 8, Figura 5**), con heterogeneidad entre áreas: menor tasa de hospitalización en el Área VII (19%) frente a la VIII (52%; OR=4,4,  $p<0,01$ ).

En lo que respecta a la supervivencia sin ingreso en la UHP durante el primer año de seguimiento en PRS por áreas, el Área VII alcanzó un 91,0%, seguida de la III (82,8%) y la IV

(82,0%), mientras que el Área V registró un 78,6% y la VIII el menor valor (63,0%; HR=2,1 vs VII,  $p<0,001$ ) (**Tabla 9, Figura 6**).

### **3.4 Opinión de los profesionales sobre el PRS**

La encuesta de percepción sobre la sostenibilidad del PRS fue completada por 91 profesionales de las áreas III, IV, V, VII y VIII, cuyas características se detallan en la **Tabla 10**. La muestra mostró predominio femenino (81,3%), media de edad de 39,7 años (mediana 36) y sobrerrepresentación de psiquiatras (46,2%). Geográficamente predominó el Área IV (41,1%).

Las puntuaciones medias en los seis dominios evaluados (escala 1-5) revelaron percepción moderadamente negativa, con puntuación global de 2,53 (**Figura 7, Tabla 11**).

Al desglosar los seis dominios evaluados, se observa que las mayores fortalezas del programa residen en la percepción de sus resultados y efectividad (2.73) y en el compromiso del personal y el liderazgo (2.78). Sin embargo, el dominio relativo a la preparación organizacional obtuvo una media de 2.66, y la implementación y capacitación descendió hasta el 2.36.

La integración en el flujo de trabajo obtuvo una puntuación de 2.33. No obstante, el punto más vulnerable detectado es el monitoreo y evaluación, que con una media de 2.05 se sitúa como el dominio peor valorado.

## 4. DISCUSIÓN

Los datos correspondientes al año de implantación del Protocolo de Riesgo de Suicidio (PRS) en Asturias en las Áreas Sanitarias V y VIII muestran que la población incluida no fue homogénea, ni desde el punto de vista sociodemográfico ni desde el clínico. Aunque en ambas áreas predominaron los trastornos afectivos, se observaron diferencias relevantes en variables como el sexo, la edad, el grado de ruralidad y el nivel educativo. El Área V presentó una muestra más feminizada, más joven y claramente urbana, mientras que el Área VIII mostró una población algo más envejecida, con mayor proporción de medio rural y menor nivel formativo. Estas diferencias son clínicamente relevantes, ya que sugieren que el PRS no se aplica sobre un único perfil de paciente, sino sobre poblaciones con necesidades y condicionantes distintos según el territorio. En este sentido, los resultados son compatibles con la literatura que describe la conducta suicida como un fenómeno multifactorial, en el que interactúan variables clínicas, sociales y contextuales.<sup>7,13,14</sup>

Desde el punto de vista clínico, el predominio de los trastornos afectivos en ambas áreas resulta coherente con la evidencia previa sobre suicidalidad, pero conviene evitar una lectura simplificadora. En nuestros resultados, los trastornos afectivos aparecen como el grupo diagnóstico más frecuente, aunque no exclusivo, y ello refuerza la idea de que el riesgo suicida debe abordarse desde una valoración clínica amplia, que incluya también antecedentes autolíticos, comorbilidad, circunstancias vitales y factores de vulnerabilidad social. La literatura previa subraya que los trastornos depresivos y de ansiedad se asocian a un aumento del riesgo de conducta suicida, pero que este riesgo se ve modulado por otros factores individuales y contextuales, lo que coincide con el patrón observado en la muestra analizada.<sup>13,14</sup>

Asimismo, las diferencias territoriales observadas (por ejemplo, mayor componente rural y menor nivel educativo en el Área VIII) son relevantes para interpretar el funcionamiento del

PRS en condiciones reales. La evidencia epidemiológica sugiere que los entornos rurales pueden presentar mayor vulnerabilidad y mayores barreras de acceso a recursos especializados, lo que podría influir tanto en el perfil de inclusión como en los resultados asistenciales.<sup>15,16</sup> No obstante, el presente trabajo no permite aislar el efecto de cada determinante, por lo que estas relaciones deben entenderse como hipótesis plausibles más que como explicaciones concluyentes.

Respecto al segundo objetivo, entre 2020 y 2024 se registró un descenso progresivo del número de inclusiones en el PRS, junto con una distribución muy desigual entre áreas. Este descenso no debe interpretarse de forma automática como una disminución real del riesgo suicida o de la necesidad asistencial, ya que también podría reflejar cambios en el grado de utilización del protocolo, en la sensibilidad de detección, en los circuitos de derivación o en la prioridad organizativa concedida a su aplicación. Desde esta perspectiva, la disminución progresiva de casos es compatible con fenómenos de pérdida de intensidad de implementación descritos en la literatura sobre sostenibilidad de programas.<sup>17</sup>

También resulta relevante que la mayor parte de las derivaciones procedieran de los propios dispositivos de salud mental, mientras que la participación de atención primaria fue comparativamente menor. Este patrón sugiere que el protocolo podría estar utilizándose con mayor frecuencia cuando el paciente ya ha entrado en circuitos especializados, más que como una herramienta plenamente integrada en fases tempranas de detección comunitaria. Dado que la atención primaria constituye uno de los niveles asistenciales con mayor contacto previo con personas que posteriormente fallecen por suicidio, estos resultados apoyan la conveniencia de reforzar su papel dentro del circuito del PRS, mejorando la formación específica y los mecanismos de derivación estructurada.<sup>18</sup>

En relación con el tercer objetivo, los resultados asistenciales observados apuntan a una posible utilidad del PRS como herramienta de seguimiento ambulatorio, aunque esta interpretación debe formularse con cautela. En la muestra analizada, aproximadamente dos tercios de los pacientes no precisaron ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica durante el seguimiento y la supervivencia libre de ingreso al año fue superior al 80% en la mayoría de las áreas, si bien con diferencias relevantes entre ellas. Estos datos son coherentes con estudios previos que han descrito efectos favorables de las intervenciones breves, los contactos estructurados y los programas de seguimiento tras conducta suicida sobre la reducción de nuevos episodios autolíticos y del uso de recursos hospitalarios.<sup>19,20</sup> Sin embargo, el presente estudio no incluye grupo control ni comparación directa con pacientes no expuestos al protocolo, por lo que no puede afirmarse que los resultados observados sean atribuibles exclusivamente al PRS.

Además, la heterogeneidad entre áreas obliga a interpretar con prudencia cualquier lectura global del efecto asistencial del protocolo. El Área VII mostró los resultados más favorables y el Área VIII los menos favorables, lo que podría estar relacionado con diferencias en el perfil clínico, desigualdades sociodemográficas, barreras geográficas, accesibilidad a recursos o variabilidad en la implementación real del circuito.<sup>15,16</sup> En este sentido, los hallazgos parecen especialmente útiles no tanto para afirmar que el protocolo “funciona” en términos absolutos, sino para identificar en qué condiciones puede estar funcionando mejor y dónde podrían concentrarse las oportunidades de mejora.

En relación con el cuarto objetivo, la encuesta a profesionales aporta una perspectiva especialmente valiosa porque permite interpretar los resultados asistenciales desde la experiencia de quienes aplican el protocolo en la práctica cotidiana. La puntuación global de sostenibilidad fue moderadamente baja, y los dominios peor valorados fueron monitoreo y

evaluación, integración en el flujo de trabajo e implementación/capacitación. Este patrón sugiere que los profesionales no cuestionan necesariamente la pertinencia clínica del PRS, pero sí identifican debilidades importantes en las condiciones organizativas necesarias para sostenerlo de forma estable en el tiempo. Este tipo de hallazgos es coherente con modelos y marcos de implementación de prácticas en servicios sanitarios, que enfatizan el papel de la integración organizativa, la formación continuada, el liderazgo operativo y los sistemas de evaluación y retroalimentación.<sup>21-25</sup>

En conjunto, los resultados del estudio sugieren que el PRS ha contribuido a dotar de mayor estructura al seguimiento de pacientes con riesgo suicida en el ámbito ambulatorio, pero también ponen de manifiesto que su funcionamiento no parece uniforme entre áreas y que su sostenibilidad continúa siendo un reto. Más que un problema exclusivamente clínico, los hallazgos apuntan a una cuestión organizativa: la necesidad de consolidar circuitos, homogeneizar criterios, reforzar la coordinación entre niveles y facilitar mecanismos de evaluación periódica que permitan mantener el protocolo activo y útil en la práctica cotidiana.<sup>21-</sup>

25

Aunque las limitaciones metodológicas del presente trabajo han sido descritas con detalle en el apartado de Métodos, resulta pertinente recordarlas brevemente en este punto para contextualizar adecuadamente la interpretación de los resultados discutidos. El carácter retrospectivo y observacional del diseño impide establecer relaciones causales y limita la exhaustividad y homogeneidad de los registros clínicos disponibles. La variabilidad entre áreas en la aplicación del PRS y los criterios de inclusión introduce sesgos de selección difíciles de controlar, y el posible subregistro de conductas suicidas no atendidas podría subestimar la recurrencia real. Los importantes cambios contextuales ocurridos entre 2018 y 2024, en particular la pandemia de COVID-19 y la reorganización de servicios, actúan como factores de

confusión que dificultan la atribución directa de los resultados al protocolo. A ello se añade que la encuesta a profesionales, aunque valiosa, no está exenta de sesgo de respuesta y no recoge la perspectiva del paciente. Por último, las restricciones administrativas en el acceso a datos clínicos individuales en tres de las cinco áreas obligaron a una metodología mixta que limita la comparabilidad entre territorios (véase Anexo I).

Frente a estas limitaciones, el estudio presenta fortalezas relevantes. El análisis en condiciones reales de práctica asistencial favorece la validez externa de los resultados y su transferibilidad a contextos similares. El uso de indicadores clínicamente significativos, como la hospitalización psiquiátrica o la supervivencia libre de ingreso, aporta información directamente aplicable a la práctica clínica. La evaluación simultánea de la variabilidad territorial, los resultados asistenciales y la percepción de sostenibilidad de los profesionales ofrece una visión integral del funcionamiento del PRS que va más allá de los resultados clínicos aislados, constituyendo una base sólida para orientar futuras estrategias de mejora e investigación.

## 5. CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos pueden extraerse las siguientes conclusiones:

- En el año de implantación del PRS, los pacientes incluidos en las Áreas Sanitarias V y VIII presentaron un perfil clínico y sociodemográfico heterogéneo, con predominio de trastornos afectivos y diferencias entre áreas en varias características sociodemográficas y asistenciales.
- Entre 2020 y 2024 se observó un descenso progresivo del número de inclusiones en el protocolo, junto con un claro predominio de derivaciones procedentes de los dispositivos de salud mental. Estos hallazgos sugieren que el PRS se está utilizando principalmente en fases ya avanzadas del recorrido asistencial y que existe margen de mejora en la detección y derivación desde atención primaria.
- Los resultados asistenciales observados son compatibles con una posible utilidad del PRS para favorecer el manejo ambulatorio de pacientes con riesgo suicida, ya que la mayoría de los pacientes incluidos no precisaron hospitalización psiquiátrica durante el primer año de seguimiento. No obstante, la variabilidad entre áreas y las características del diseño obligan a interpretar este hallazgo con cautela.
- La sostenibilidad del programa constituye uno de los principales retos para su consolidación. La percepción moderadamente desfavorable expresada por los profesionales, especialmente en los dominios de integración en el flujo de trabajo, capacitación y monitoreo, sugiere la necesidad de reforzar el soporte organizativo del protocolo mediante formación continuada, evaluación periódica e integración más efectiva en la práctica clínica habitual.

En un contexto en el que la conducta suicida continúa representando uno de los principales retos de salud pública, el fortalecimiento y consolidación de programas estructurados como el

PRS puede contribuir de forma significativa a mejorar la detección, el seguimiento y la continuidad asistencial de los pacientes en riesgo, reforzando la capacidad del sistema sanitario para abordar el suicidio desde un enfoque preventivo, comunitario y basado en la evidencia.

## **6. AGRADECIMIENTOS**

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que han contribuido, de una forma u otra, a la realización de este Trabajo Fin de Residencia.

En primer lugar, agradecemos a Julia Rodríguez Revuelta por su orientación, apoyo y disponibilidad durante el desarrollo de este trabajo. Sus consejos y su acompañamiento han sido fundamentales para poder llevarlo a cabo.

También a Eva Bretón por su ayuda, su tiempo y sus valiosas aportaciones, que han enriquecido significativamente este proyecto.

Por último, a la Unidad Docente por su apoyo y por facilitar el entorno formativo necesario para el desarrollo de este trabajo.

A todos ellos, gracias por su colaboración y compromiso.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Principado de Asturias. Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030 [Internet].
2. World Health Organization. Suicide [Internet]. World Health Organization.
3. López Galán S. Manual de urgencias psiquiátricas. Madrid: Editorial Panamericana; 2023.
4. Davis Weaver N, et al. Global, regional, and national burden of suicide, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Public Health*. 2025;10(3):e189–e202.
5. Bertuccio P, Amerio A, Mosconi G, Grande E, La Vecchia C, Costanza A, et al. Age and sex trends in suicide in Europe: comparative analysis of official WHO mortality data 1990–2022. *Eur Psychiatry*. 2025;68(1):e173. doi:10.1192/j.eurpsy.2025.10137.
6. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte / Cifras de suicidio en España y por comunidades autónomas [Internet].
7. Carrasco-Barrios MT, Huertas P, Martín P, Martín C, Castillejos MC, Petkari E, Moreno-Küstner B. Determinants of suicidality in the European general population: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):4115. doi:10.3390/ijerph17114115.
8. van Heeringen K, Dwivedi Y. Stress-diathesis model of suicidal behavior. In: van Heeringen K, Dwivedi Y, editors. *The neurobiological basis of suicide*. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; 2012. p. 107–126.
9. World Health Organization. *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: World Health Organization; 2021.
10. Ministerio de Sanidad. Plan de acción para la prevención del suicidio 2025–2027. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024.

11. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Códigos, protocolos o procesos sanitarios autonómicos ante la conducta suicida en España [Internet]. Madrid: FEPS; [citado 11 mar 2026]. Disponible en: <https://www.fsme.es/codigos-sanitarios/>
12. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2018.
13. Baca-García E, Aroca F. Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Ment (Mex)*. 2014;37(5):373–380. doi:10.17711/sm.0185-3325.2014.044.
14. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227–1239.
15. Hirsch JK. A review of the literature on rural suicide: risk and protective factors. *J Rural Health*. 2006;22(1):13–21.
16. Fontanella CA, Hiance-Steelesmith DL, Phillips GS, Bridge JA, Lester N, Sweeney HA, et al. Widening rural–urban disparities in youth suicides, United States. *JAMA Pediatr*. 2015;169(5):466–473.
17. Wiltsey Stirman S, Kimberly J, Cook N, Calloway A, Castro F, Charns M. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implement Sci*. 2012;7:17.
18. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):909–916.
19. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703–709.

20. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646–659.
21. Aarons GA, Hurlburt M, Horwitz SM. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38(1):4–23.
22. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004;82(4):581–629.
23. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa (FL): University of South Florida; 2005.
24. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009;4:50.
25. Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38(1):24–34.

## 8. ANEXOS

### 8.1 Hoja de recogida de datos

<b>HOJA DE RECOGIDA DE DATOS</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN PRS QUE REALIZAN SEGUIMIENTO EN CSM</b>	
FECHA DE RECOGIDA	dd/mm/aaaa
NHC	XXXXXXXXXXXX
IDENTIFICACIÓN PACIENTE (código)	XXXXXXXXXXXX
NÚMERO DE CASO	XXXXXXXXXXXX
<b><u>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</u></b>	
EDAD	XX
SEXO	1: Masculino 2: Femenino
ETNIA	1: Caucásico 2: Otro
MEDIO GEOGRÁFICO	1: Urbano 2: rural
CONVIVENCIA	1: solo 2: padres 3: pareja o cónyuge con o sin hijos 4: hijos 5: comparte con no familiares 6: otros (residencias, hogares comunitarios...)
HIJOS	1: 0 hijos 2: 1 hijo 3: 2 hijos 4: 3 o más hijos
ESTADO CIVIL	1: Soltero/a 2: Casado/a o pareja estable 3: Divorciado/a o separado/a 4: Viudo/a
NIVEL DE ESTUDIOS	1: sin estudios 2: Primaria 3: Secundaria 4: Técnico o formación profesional 5: Universitario 6: Posgrado
CLASE SOCIAL	1: clase baja 2: clase media 3: clase alta
SITUACION LABORAL	1: Activo 2: ILT 3: Parado 4: Jubilado/a o pensionado/a 5: Estudiante

## VARIABLES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS

CONSUMO HABITUAL TOXICOS	1: No 2: Alcohol 3: Cocaína 4: Heroína 5: Otros tóxicos
ANTECEDENTES SEGUIMIENTO EN SALUD MENTAL	1: Ninguno 2: Privado 3: CSM o CSM-II 4: AP (psicología)
DIAGNÓSTICO PSIQUIATRICO	1: T. del estado de ánimo 2: T. de ansiedad 3: T. psicóticos 4: T. de la personalidad 5: T. relacionados con sustancias 6: Otros trastornos
TIPO DE TRATAMIENTO	1: T. psicofarmacológico 2: T. psicológico
TIPO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO	1: Ninguno 2: Ansiolíticos 3: Antidepresivos 4: Antipsicóticos orales 5: Antipsicóticos depot 6: Estabilizadores del ánimo
ENFERMEDAD SOMATICA RELEVANTE	1: Ninguna 2: Cardiovascular 3: Neurológicas 4: Infecciosas 5: Metabólicas 6: Respiratorias 7: Reumatológicas 8: Traumatológicas
INGRESOS PREVIOS EN UHP	1: Cero 2: 1-5 3: >5
CONDUCTA POR LA QUE FUE INCLUIDO EN PRS	1: Ideación autolítica 2: gesto autolítico 3: intento autolítico
N.º INTENTOS/GESTOS AUTOLITICOS PREVIOS A LA INCLUSION EN PRS	1: Cero 2: 1 3: 2 4: 3 a 5 5: >5
LETALIDAD DEL METODO UTILIZADO EN EL ULTIMO GESTO/INTENTO	1: Baja o media 2: Alta
METODO UTILIZADO EN EL ULTIMO GESTO/INTENTO	1: Arma de fuego 2: Arma blanca 3: Ahorcamiento 4: Intoxicación 5: Precipitación 6: Ahogamiento 7: Ninguno
CONDUCTA SUICIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO EN PRS	1: Ninguna 2: Gesto de suicidio 3: Intento de suicidio 4: Suicidio consumado
INGRESOS EN UHP DURANTE EL SEGUIMIENTO EN PRS	1: Si 2: No
ADHERENCIA A CONSULTAS Y/O TRATAMIENTO	1: Buena adherencia 2: Mala adherencia
EVOLUCION EN EL PRS	1: Continúa en PRS 2: Alta del PRS 3: Abandono del PRS 4: Fallecimiento
CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO (DOCUMENTO)	1: Si 2: No

## 8.2 Manual de instrucciones

### MANUAL DE INSTRUCCIONES

- **FECHA DE RECOGIDA DE DATOS:** se codificará la fecha en la que se codifican los datos en el siguiente formato dd/mm/aaaa.
- **NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA (NHC):** se codificará el número de historia que figura en el portal clínico (Selene o Millenium, según corresponda).
- **IDENTIFICACIÓN PACIENTE (Código):** se codificará invirtiendo el NHC.
- **NÚMERO DE CASO:** se enumera el caso evaluado en orden correlativo con un número vinculado a cada NHC.
- **EDAD:** la que conste en HC, mediante número entero, sin decimales.
- **SEXO:** se codificará lo que proceda según lo registrado en la HC.
- **ETNIA:** se codificará lo que proceda.
- **MEDIO GEOGRÁFICO:** se codificará lo que proceda teniendo en cuenta el lugar de residencia del paciente.
- **CONVIVENCIA:** se codificará lo que proceda.
- **HIJOS:** se codificará lo que proceda.
- **ESTADO CIVIL:** se codificará lo que proceda.
- **NIVEL DE ESTUDIOS:** se codificará lo que proceda.
- **CLASE SOCIAL:** se codificará CLASE BAJA, cuando presente ingresos limitados, bajo nivel educativo y ocupaciones no calificadas; CLASE MEDIA, cuando presente ingresos moderados, nivel educativo medio-alto y ocupaciones técnicas o profesionales y CLASE ALTA, cuando presente altos ingresos, nivel educativo elevado y ocupaciones alto estatus o directivas.
- **SITUACIÓN LABORAL:** se codificará lo que proceda.
- **CONSUMO HABITUAL DE TÓXICOS:** se codificará lo que proceda, no se tendrá en cuenta el tabaco.
- **ANTECEDENTES DE SEGUIMIENTO EN SM:** se codificará lo que proceda teniendo en cuenta los referido por el paciente o procesos que consten en HC.
- **DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO:** se codificará lo que proceda según conste en notas o informes de HC.
- **TIPO DE TRATAMIENTO:** se considerará T. PSICOLÓGICO cuando no realice tratamiento psicofarmacológico durante el seguimiento en las consultas.
- **TIPO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO:** se codificará lo que proceda.
- **ENFERMEDAD SOMÁTICA RELEVANTE:** se codificará aquella que conste en HC que el paciente relaciona con la conducta autolesiva por la que fue incluido en el PRS.
- **N.º INTENTOS/GESTOS AUTOLÍTICOS PREVIOS A LA INCLUSIÓN EN PROTOCOLO DE RIESGO DE SUICIDIO (PRS):** se codificará lo que proceda según consten en HC.
- **LETALIDAD DEL MÉTODO UTILIZADO EN EL ÚLTIMO GESTO/INTENTO:** se codificará lo que proceda, considerando ALTA LETALIDAD el ahorcamiento, utilización de armas de fuego, arrollamiento, precipitación, intoxicación con gas, electrocución, intoxicación por elementos altamente tóxicos aún en pequeña cantidad (organofosforados, sosa caustica, medicación, etc.), intoxicación por elementos de baja toxicidad, pero cuya letalidad está dada por la cantidad y/o modalidad de ingestión (medicamentos en gran cantidad), heridas cortantes profundas o en gran cantidad (cortes profundos en los cuatro miembros o en la cara); y LETALIDAD MEDIA Y BAJA la ingestión de sustancias o medicamentos de baja toxicidad y pequeña cantidad (tóxico en pequeñas cantidades o cuya baja letalidad era conocida por la persona), cortes leves, escasos y superficiales y cualquier otra conducta de autoagresión de características tales que no hubieren podido ocasionar un

daño severo.

- **MÉTODO UTILIZADO EN EL ÚLTIMO GESTO/INTENTO:** se codificará lo que proceda, considerando ninguno cuando el paciente haya sido incluido por presentar ideación autolítica.
- **CONDUCTA SUICIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO EN PRS:** se codificará lo que proceda.
- **INGRESOS EN UHP DURANTE EL SEGUIMIENTO EN PRS:** se codificará lo que proceda según lo registrado en HC.
- **ADHERENCIA A CONSULTAS/TRATAMIENTO:** se codificará BUENA ADHERENCIA si cumple con el tratamiento según conste en HC y acude a más del 50% de las consultas o MALA ADHERENCIA si no cumple con el tratamiento y/o no acude a más; del 50% de las consultas.
- **EVOLUCIÓN EN PROTOCOLO DE RIESGO DE SUICIDIO (PRS):** se codificará lo que proceda según conste en HC.
- **CUMPLIMENTACIÓN DEL PROTOCOLO (DOCUMENTO):** se codificará lo que proceda según esté el HC cumplimentado el documento o formulario de Protocolo de Riesgo de Suicidio.

### 8.3 Normativa complementaria

El presente estudio requería acceso a datos de historias clínicas de pacientes incluidos en el Protocolo de Riesgo de Suicidio en todas las áreas sanitarias del Principado de Asturias. Aunque el Comité de Ética de la Investigación autorizó el proyecto y aprobó la exención del consentimiento informado, los responsables de sistemas de informática del SESPA manifestaron su desacuerdo en facilitar los datos de las historias clínicas en las Áreas III, IV y VII sin contar con el consentimiento explícito de los pacientes.

Esta restricción se basó en lo establecido en el artículo 16 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, que establece:

"El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos personales, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos."

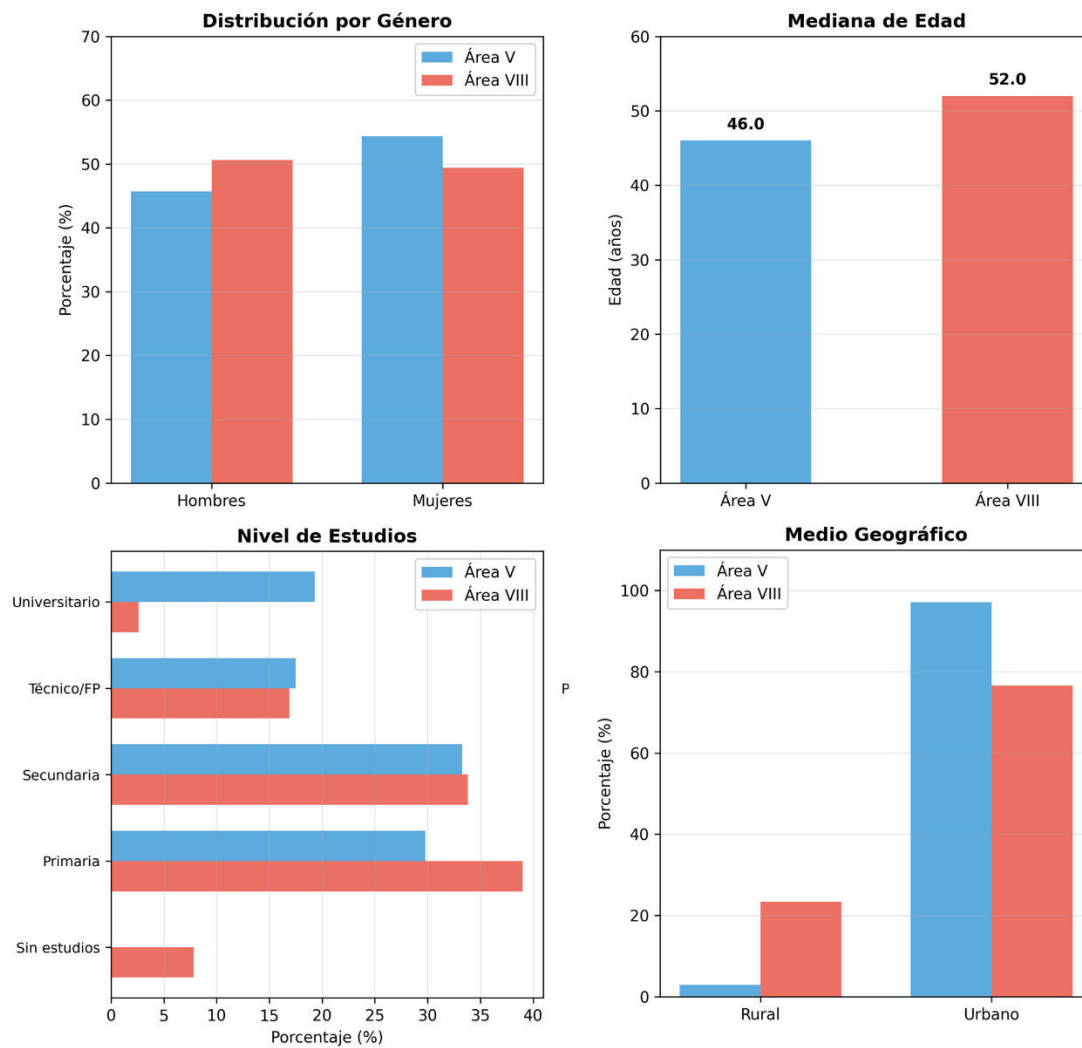
Por tanto, para facilitar datos que incluyeran información identificativa o que permitiera la trazabilidad de pacientes, era necesario contar con consentimiento informado explícito.

Esta interpretación se ve reforzada por:

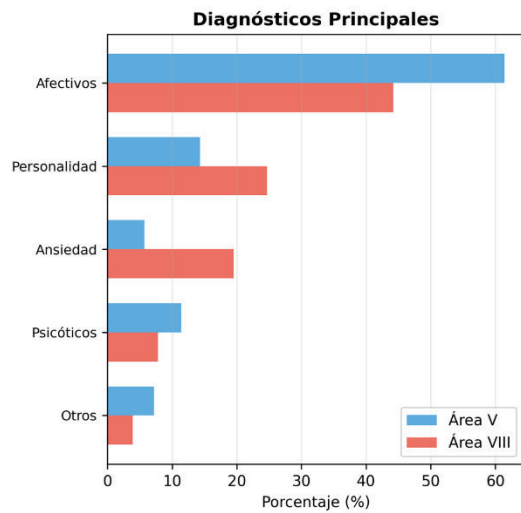
- Consulta AEPD nº 2020/0098: Emitida por el Gabinete Jurídico de la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), analiza el acceso a la historia clínica conforme al artículo 9.2 f) del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y a la normativa española vigente, incluida la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD).

- Interpretación de AEPD: Confirma que los datos de salud contenidos en la historia clínica constituyen datos especiales, cuyo tratamiento está prohibido salvo excepciones legales específicas. El acceso con fines de investigación clínica o epidemiológica es legal si los datos están anonimizados completamente. Cuando se requiere tratar datos identificativos (para seguimiento individual o trazabilidad de eventos), la ley exige consentimiento informado, salvo supuestos excepcionales muy específicos como prevención de riesgos graves para la salud pública justificados por interés público.

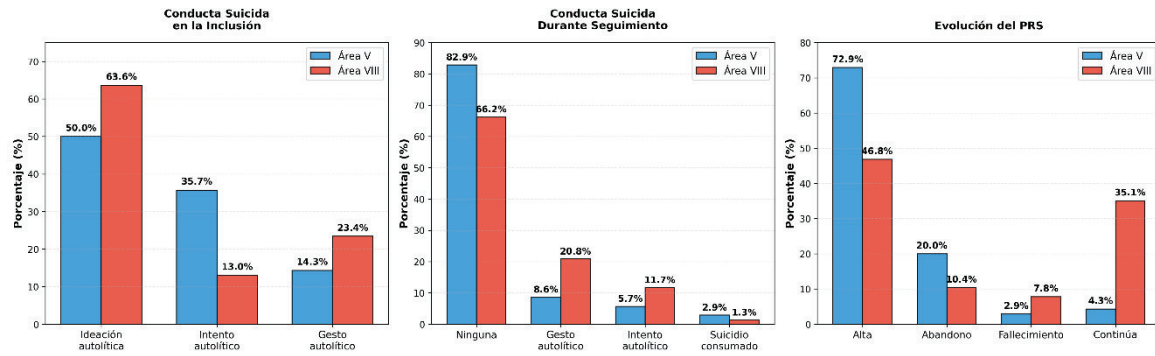
## 8.4 Figuras



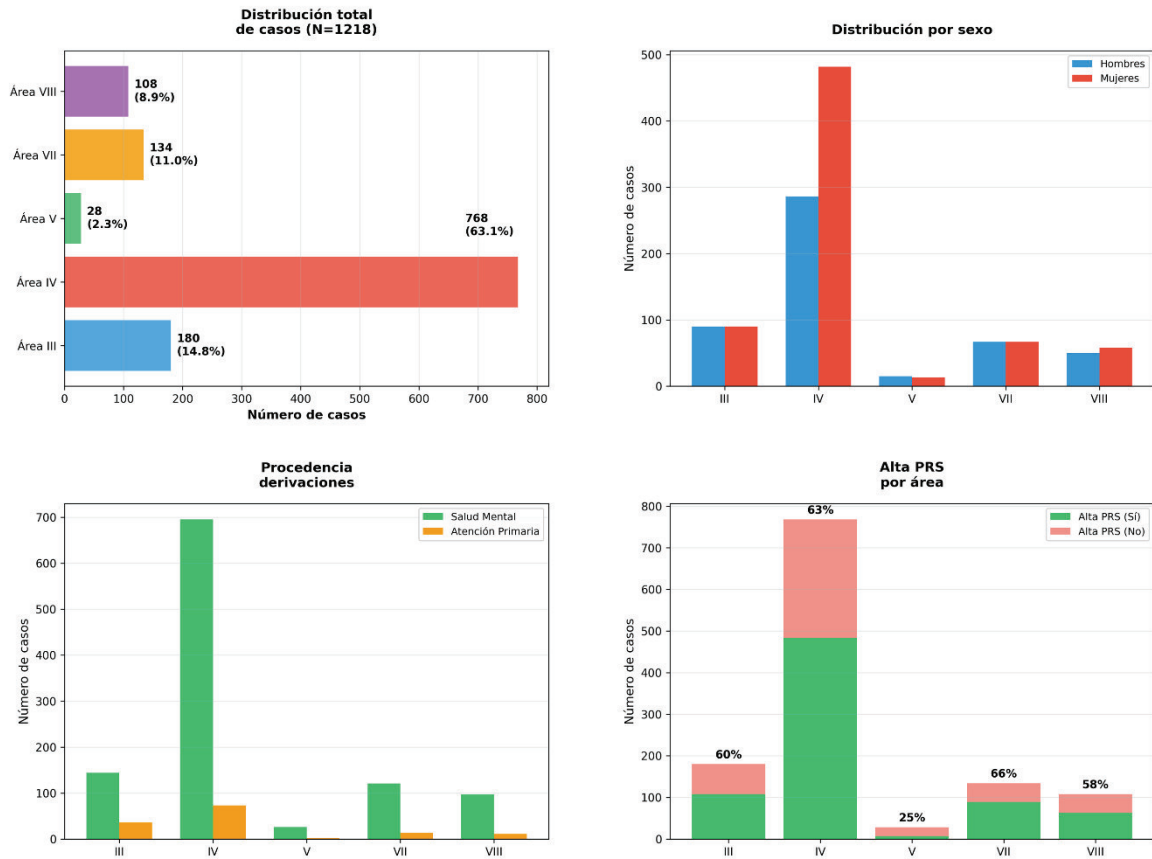
**Figura 1. Principales características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias en 2018 en las áreas sanitarias V y VIII.**



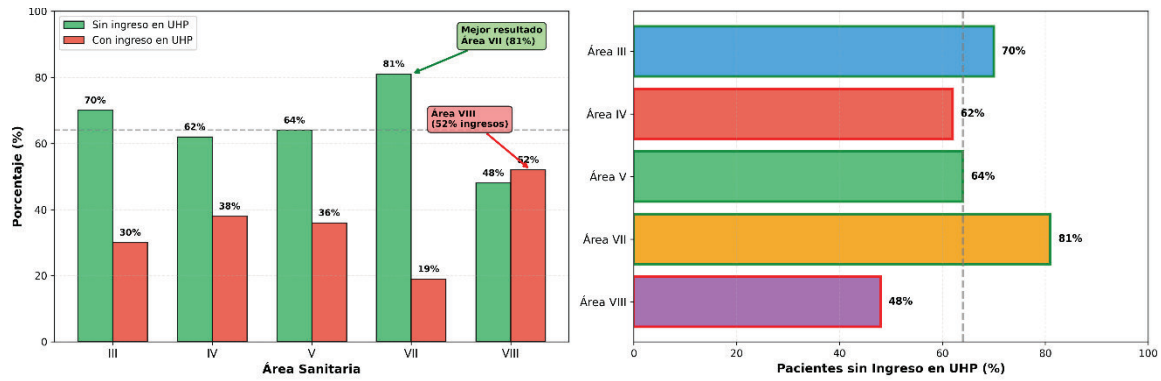
**Figura 2. Diagnósticos de trastorno mental de los pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias en 2018 en las áreas sanitarias V y VIII.**



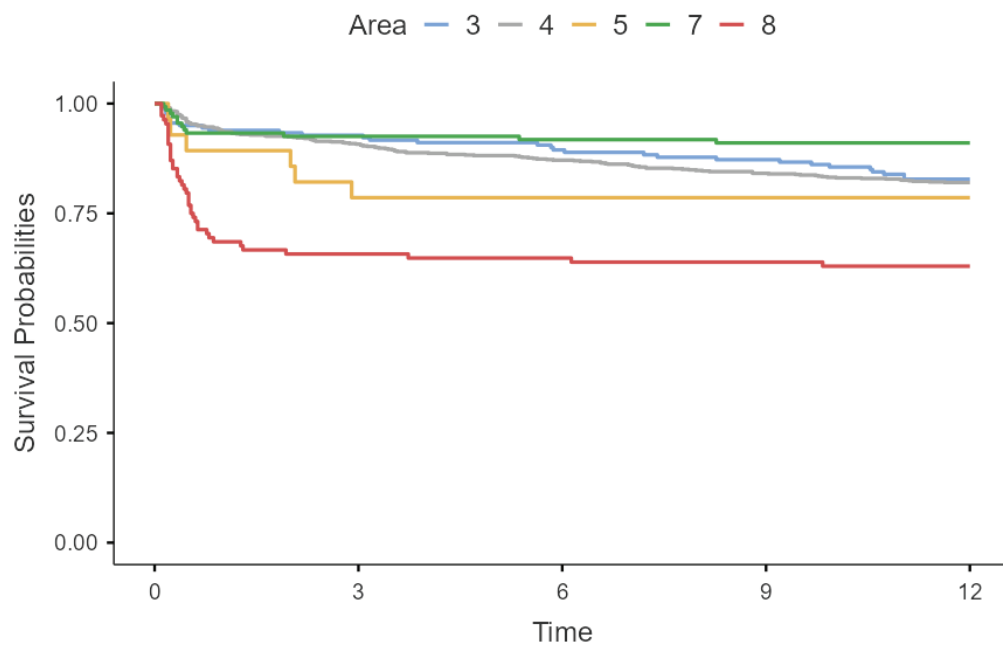
**Figura 3. Principales características de la conducta suicida de los pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias en 2018 en las áreas sanitarias V y VIII.**



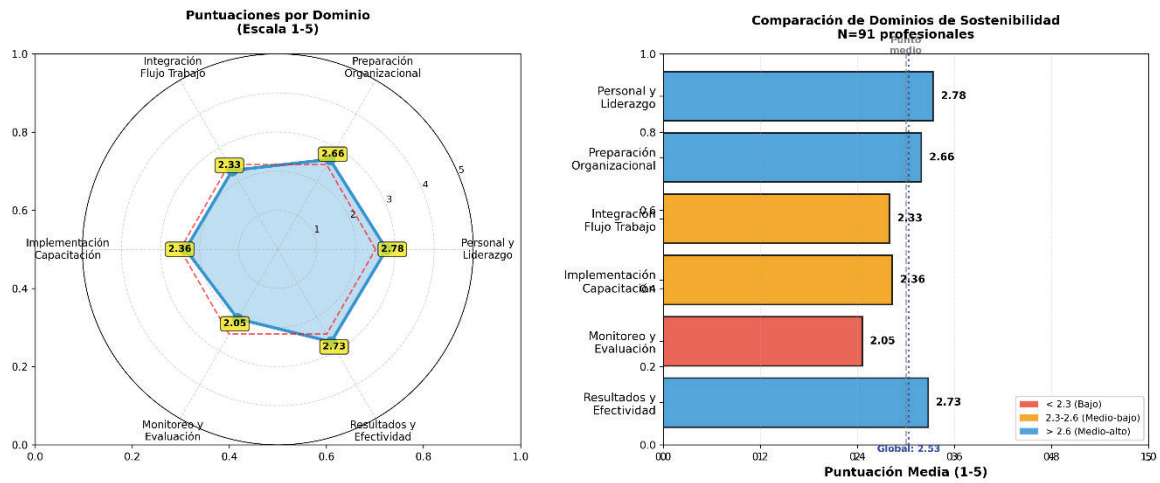
**Figura 4. Datos sociodemográficos de los pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias por área sanitaria (2020-2024).**



**Figura 5. Efectos sobre ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de los incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias por área sanitaria (2020-2024).**



**Figura 6. Análisis de supervivencia sin ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica a 12 meses de los pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias por área sanitaria (2020-2024).**



**Figura 7. Opinión de los profesionales de salud mental sobre el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias.**

## 8.5 Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias en 2018 en las áreas sanitarias V y VIII.

Variable	Área V		Área VIII	
	n	%	n	%
<i>Sexo</i>				
Hombre	32	45,7%	39	50,6%
Mujer	38	54,3%	38	49,4%
<i>Edad [mediana (DE)]</i>				
	46,0 (16,5)		52,0 (17,8)	
<i>Etnia</i>				
Caucásica	63	90,0%	74	96,1%
Otra	7	10,0%	3	3,9%
<i>Medio geográfico</i>				
Rural	2	2,9%	18	23,4%
Urbano	68	97,1%	59	76,6%
<i>Convivencia</i>				
Pareja/cónyuge ± hijos	30	42,9%	32	41,6%
Solo	19	27,1%	17	22,1%
Padres	13	18,6%	18	23,4%
Hijos	3	4,3%	4	5,2%
Otros (ejemplo: residencias)	3	4,3%	5	6,5%
No familiares	2	2,9%	1	1,3%
<i>Hijos</i>				
0 hijos	31	44,9%	29	37,7%
1 hijo	20	29,0%	20	26,0%
2 hijos	17	24,6%	22	28,6%
3 o más hijos	1	1,4%	6	7,8%
<i>Estado civil</i>				
Casado/Pareja estable	27	38,6%	32	41,6%
Soltero	27	38,6%	17	22,1%
Divorciado/Separado	16	22,9%	18	23,4%
Viudo	-	-	10	13,0%
<i>Nivel estudios</i>				
Secundaria	19	33,3%	26	33,8%
Primaria	17	29,8%	30	39,0%
Técnico/Formación Profesional	10	17,5%	13	16,9%
Universitario	11	19,3%	2	2,6%
Sin estudios	-	-	6	7,8%
<i>Clase social</i>				
Media	44	64,7%	41	53,2%
Baja	24	35,3%	36	46,8%

<i>Situación laboral</i>				
<b>Parado</b>	22	31,4%	21	27,3%
<b>Incapacidad laboral temporal</b>	16	22,9%	9	11,7%
<b>Jubilado/Pensionado</b>	14	20,0%	28	36,4%
<b>Estudiante</b>	8	11,4%	4	5,2%
<b>Activo</b>	10	14,3%	15	19,5%

**Tabla 2. Datos sociodemográficos de los pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias en 2018 en las áreas sanitarias V y VIII.**

Variable	Área V		Área VIII	
	n	%	n	%
<i>Consumo de tóxicos</i>				
No	52	74,3%	56	72,7%
Sí	18	25,7%	21	27,3%
<i>Antecedentes de atención en Salud Mental</i>				
Centro de Salud Mental (Adultos/Infantil)	61	87,1%	51	66,2%
Ninguno	8	11,4%	20	26,0%
Privado	1	1,4%	5	6,5%
Psicología de Atención Primaria	-	-	1	1,3%
<i>Diagnóstico de trastorno mental</i>				
Afectivos	43	61,4%	34	44,2%
Personalidad	10	14,3%	19	24,7%
Psicóticos	8	11,4%	6	7,8%
Uso de sustancias	3	4,3%	1	1,3%
Ansiedad	4	5,7%	15	19,5%
Otros	2	2,9%	2	2,6%
<i>Tipo de tratamiento recibido</i>				
Farmacológico	40	57,1%	39	51,3%
Ambos	25	35,7%	34	44,7%
Psicológico	5	7,1%	3	3,9%
<i>Tratamiento psicofarmacológico principal</i>				
Antidepresivos	54	81,8%	43	55,8%
Antipsicóticos orales	9	13,6%	6	7,8%
Ansiolíticos	1	1,5%	20	26,0%
Eutimizantes	1	1,5%	3	3,9%
Antipsicóticos depot	-	-	1	1,3%
Ninguno	1	1,5%	4	5,2%
<i>Tratamiento psicofarmacológico secundario</i>				
Ansiolíticos	39	72,2%	41	53,2%
Antipsicóticos orales	8	14,8%	15	19,5%
Antidepresivos	4	7,4%	3	3,9%
Eutimizantes	2	3,7%	-	-
Antipsicóticos depot	1	1,9%	-	-
Ninguno	-	-	18	23,4%
<i>Enfermedades somáticas</i>				
Ninguna	46	65,7%	46	59,7%
Traumatológica	10	14,3%	2	2,6%
Otra	4	5,7%	7	9,1%

<b>Metabólica</b>	3	4,3%	2	2,6%
<b>Cardiovascular</b>	2	2,9%	1	1,3%
<b>Neurológica</b>	2	2,9%	9	11,7%
<b>Respiratoria</b>	2	2,9%	1	1,3%
<b>Pluripatología</b>	1	1,4%	9	11,7%

**Tabla 3. Datos sobre conducta suicida de los pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias en 2018 en las áreas sanitarias V y VIII.**

Variable	Área V		Área VIII	
	n	%	n	%
<b><i>Ingresos previos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica</i></b>				
<b>Ninguno</b>	40	57,1%	56	72,7%
<b>1-5</b>	30	42,9%	19	24,7%
<b>&gt;5</b>	-	-	1	1,3%
<b><i>Conducta suicida inclusión</i></b>				
<b>Ideación autolítica</b>	35	50,0%	49	63,6%
<b>Intento autolítico</b>	25	35,7%	10	13,0%
<b>Gesto autolítico</b>	10	14,3%	18	23,4%
<b><i>Número de tentativas previas [mediana (DE)]</i></b>				
	1,0 (1,21)		0 (0,66)	
<b><i>Conducta suicida seguimiento</i></b>				
<b>Ninguna</b>	58	82,9%	51	66,2%
<b>Gesto autolítico</b>	6	8,6%	16	20,8%
<b>Intento autolítico</b>	4	5,7%	9	11,7%
<b>Suicidio consumado</b>	2	2,9%	1	1,3%
<b><i>Ingresos UHP seguimiento</i></b>				
<b>No</b>	58	82,9%	60	77,9%
<b>Sí</b>	12	17,1%	17	22,1%
<b><i>Adherencia a consultas</i></b>				
<b>Buena</b>	55	78,6%	67	87,0%
<b>Mala</b>	15	21,4%	10	13,0%
<b><i>Evolución PRS</i></b>				
<b>Alta</b>	51	72,9%	36	46,8%
<b>Abandono</b>	14	20,0%	8	10,4%
<b>Fallecimiento</b>	2	2,9%	6	7,8%
<b>Continúa</b>	3	4,3%	27	35,1%
<b><i>Cumplimiento protocolo</i></b>				
<b>Sí</b>	63	90,0%	67	87,0%
<b>No</b>	7	10,0%	10	13,0%

**Tabla 4. Distribución anual de pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias por área sanitaria (2020-2024).**

<b>Área</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>	<b>Total</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n
<b>III</b>	67 (37.2%)	42 (23.3%)	22 (12.2%)	30 (16.7%)	19 (10.6%)	180
<b>IV</b>	193 (25.1%)	170 (22.1%)	176 (22.9%)	144 (18.8%)	85 (11.1%)	768
<b>V</b>	13 (46.4%)	7 (25.0%)	5 (17.9%)	2 (7.1%)	1 (3.6%)	28
<b>VII</b>	47 (35.1%)	29 (21.6%)	31 (23.1%)	19 (14.2%)	8 (6.0%)	134
<b>VIII</b>	51 (47.2%)	31 (28.7%)	17 (15.7%)	7 (6.5%)	2 (1.9%)	108
<b>Total</b>	371	279	251	202	115	1218

**Tabla 5. Distribución por sexo de pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias por área sanitaria (2020-2024).**

<b>Sexo</b>	<b>Área III</b>	<b>Área IV</b>	<b>Área V</b>	<b>Área VII</b>	<b>Área VIII</b>	<b>Total</b>
<b><i>Hombre</i></b>	90 (50%)	286 (37%)	15 (54%)	67 (50%)	50 (46%)	508 (42%)
<b><i>Mujer</i></b>	90 (50%)	482 (63%)	13 (46%)	67 (50%)	58 (54%)	710 (58%)
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>768</b>	<b>28</b>	<b>134</b>	<b>108</b>	<b>1218</b>

**Tabla 6. Procedencia de pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias por área sanitaria (2020-2024).**

<b>Procedencia</b>	<b>Área III</b>	<b>Área IV</b>	<b>Área V</b>	<b>Área VII</b>	<b>Área VIII</b>	<b>Total</b>
<b>Atención Primaria</b>	36 (20%)	73 (9.5%)	2 (7.1%)	13 (9.7%)	11 (10%)	135 (11%)
<b>Salud Mental</b>	144 (80%)	695 (90%)	26 (93%)	121 (90%)	97 (90%)	1083 (89%)
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>768</b>	<b>28</b>	<b>134</b>	<b>108</b>	<b>1218</b>

**Tabla 7. Alta de pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias por área sanitaria (2020-2024).**

<b>Alta</b>	<b>Área III</b>	<b>Área IV</b>	<b>Área V</b>	<b>Área VII</b>	<b>Área VIII</b>	<b>Total</b>
<i>No</i>	72 (40%)	284 (37%)	21 (75%)	45 (34%)	45 (42%)	467 (38%)
<i>Sí</i>	108 (60%)	484 (63%)	7 (25%)	89 (66%)	63 (58%)	751 (62%)
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>768</b>	<b>28</b>	<b>134</b>	<b>108</b>	<b>1218</b>

**Tabla 8. Ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica durante el seguimiento de los pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias por área sanitaria (2020-2024).**

<b>Ingreso</b>	<b>Área III</b>	<b>Área IV</b>	<b>Área V</b>	<b>Área VII</b>	<b>Área VIII</b>	<b>Total</b>
<i>No</i>	126 (70%)	479 (62%)	18 (64%)	108 (81%)	52 (48%)	783 (64%)
<i>Sí</i>	54 (30%)	289 (38%)	10 (36%)	26 (19%)	56 (52%)	435 (36%)
<b>Total</b>	<b>180</b>	<b>768</b>	<b>28</b>	<b>134</b>	<b>108</b>	<b>1218</b>

**Tabla 9. Supervivencia sin ingreso en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica a 12 meses de los pacientes incluidos en el Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias por área sanitaria (2020-2024).**

<b>Área</b>	<b>n (%)</b>	<b>Eventos</b>	<b>n Riesgo (12m)</b>	<b>Supervivencia 12m</b>	<b>IC 95% Inferior</b>	<b>IC 95% Superior</b>
<b><i>III</i></b>	180 (14,8%)	31	149	82,8%	77,4%	88,5%
<b><i>IV</i></b>	768 (63,1%)	138	630	82,0%	79,4%	84,8%
<b><i>V</i></b>	28 (2,3%)	6	22	78,6%	64,8%	95,3%
<b><i>VII</i></b>	134 (11,0%)	12	122	91,0%	86,3%	96,0%
<b><i>VIII</i></b>	108 (8,9%)	40	68	63,0%	54,5%	72,8%

**Tabla 10. Características de los profesionales participantes en la encuesta de sostenibilidad del Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias.**

<b>Variable</b>	<b>N=91</b>	<b>%</b>
<b><i>Género</i></b>		
<b>Mujer</b>	74	81,3%
<b>Hombre</b>	16	17,6%
<b><i>Edad (años)</i></b>		
<b>39,7 (12,5)</b>		
<b><i>Categoría profesional</i></b>		
<b>Psiquiatría</b>	42	46,2%
<b>Residente</b>	17	18,7%
<b>Psicología Clínica</b>	16	17,6%
<b>Enfermería</b>	16	17,6%
<b><i>Área Sanitaria</i></b>		
<b>III - Avilés</b>	14	15,6%
<b>IV - Oviedo</b>	37	41,1%
<b>V - Gijón</b>	19	21,1%
<b>VII - Mieres</b>	10	11,1%
<b>VIII - Langreo</b>	10	11,1%

**Tabla 11. Puntuaciones de sostenibilidad del Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio de Asturias por dominios según profesionales de salud mental. Escala 1-5: 1=Muy en desacuerdo, 5=Muy de acuerdo.**

<b>Dominio de Sostenibilidad</b>	<b>Media (DE)</b>	<b>Mediana</b>
<b>Personal y Liderazgo Comprometido</b>	2,75 (0,85)	2,8
<b>Preparación Organizacional</b>	2,66 (0,90)	2,5
<b>Integración en el Flujo de Trabajo</b>	2,33 (0,94)	2,0
<b>Implementación y Capacitación</b>	2,36 (0,91)	2,5
<b>Monitoreo y Evaluación</b>	2,05 (0,94)	2,0
<b>Resultados y Efectividad</b>	2,73 (0,90)	2,7
<b>Puntuación Global</b>	<b>2,53 (0,73)</b>	<b>2,6</b>