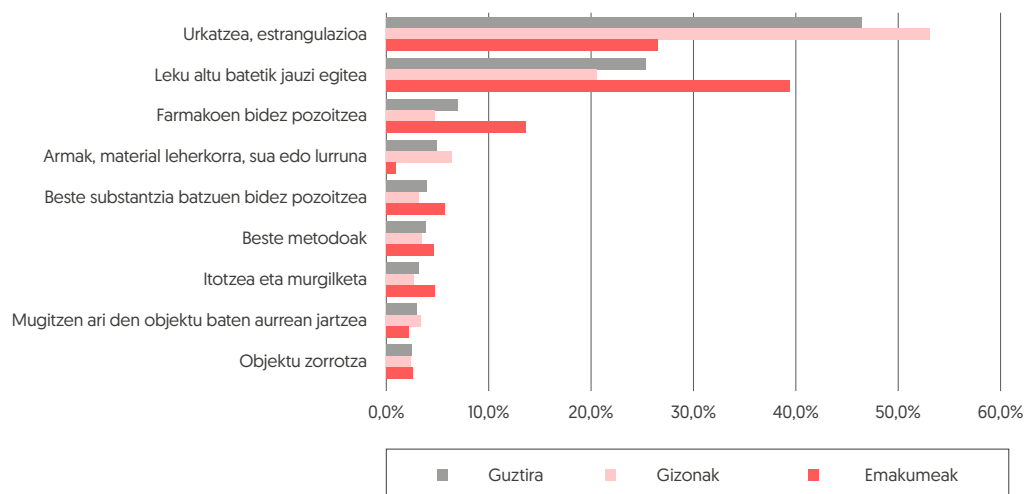
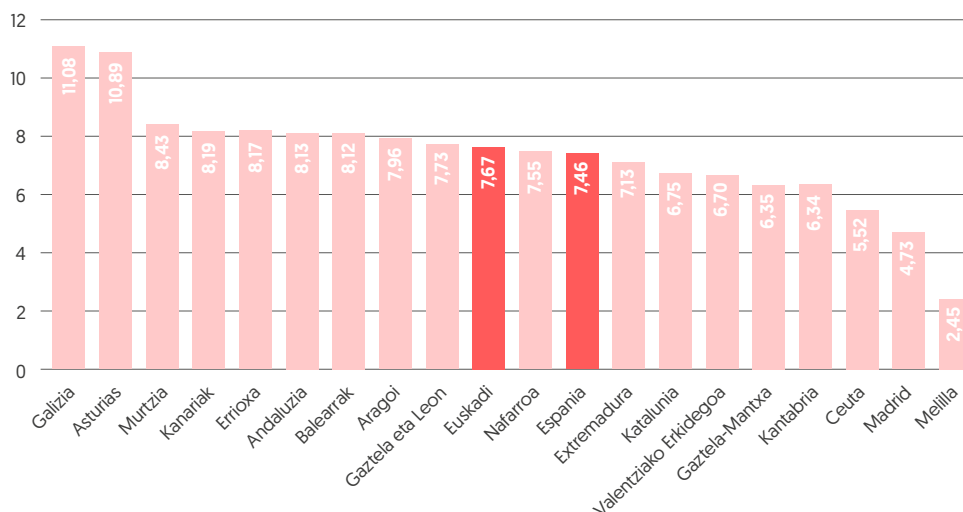


3. grafikoa. Espainian suizidatzeko erabilitako metodoak, sexuaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.



4. grafikoa. Espainiako suizidioen tasa, Autonomia Erkidegoaren arabera, 2016. urtea. Iturria: INEbase, 2017.



12

2. JOKABIDE SUIZIDAREN ETA HAREN PREBENTZIOAREN INGURUKO EBIDENTZIA

Jokabide suizida konplexua da, askotariko eta elkarri lotutako arrisku-faktore eta arrazoi biologiko, psikologiko, sozioekonomiko eta/edo kulturei lotuta baitago. Faktore horiek maila indibidualak, pertsona artekoak, komunitarioak eta sozialak hartzen dituzte eraginpean, eta, gainera, aldatu egin daitezke denborarekin.

Arrazoi horiek guztiak direla eta, suizidioaren prebentzioak ikuspegi jarraitua eta integrala behar du, baina malgua ere bai, hainbat esparrutako esku-hartzeak bilduko dituen. Azken urteotan, areagotu egin da jokabide suizidari aurrea hartzeko edo haren inpaktua murrizteko esku-hartze eraginkorren inguruan eskuragarri dagoen ebidentzia zientifikoa.

OMEk adierazi duenez, jokabide suizidaren prebentziorako edozein erantzun eraginkorren oinarrietako bat lotuta dago, alde batetik, jokabide horren inguruko faktoreen identifikazio zuzenarekin, eta, bestetik, suizidioaren prebentziorako ekintzak eta estrategiak (eskuragarri dagoen ebidentzia zientifikorik onenean oinarrituak) abiaraztearekin. Esku-hartzeak diseinatzean jenero-ikuspegia txertatzea oso garrantzitsua da, eta hasi dira horretarako ekimen zehatz batzuk sortzen^{9,19}.

2.1. JOKABIDE SUIZIDARI LOTUTAKO FAKTOREAK

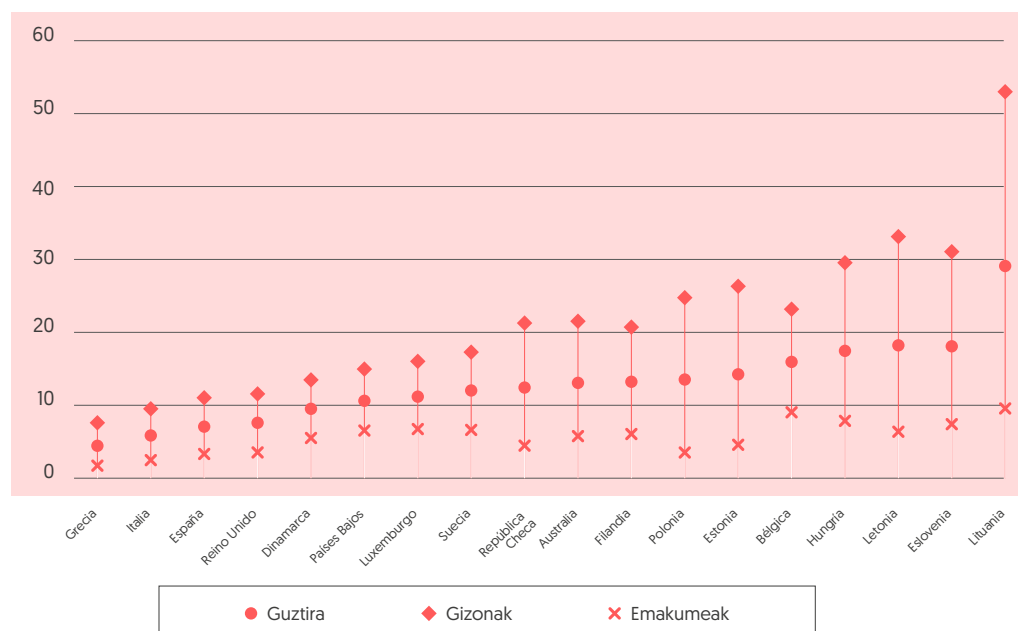
Arrisku-faktore, faktore bizkortzaile, faktore babesle eta alerta-seinale batzuek eragina dute pertsona baten suizidalitatean. Arrisku-faktoreak indibidualak, soziofamiliarak eta testuinguruaren araberakoak izan daitezke (1. taula). Faktore indibidualen artean, osasun mentaleko arazoak eta aldez aurreko suizidio-ahaleginak suizidioa burutzeko arrisku-faktorerik garrantzitsuenetakoak dira. Osasun mentalari lotutako arazoak egin-dako autopsia psikologikoen % 90etan agertzen dira²⁰, eta aldez aurreko suizidio-ahaleginen kasuan, arriskua gainerako biztanleengan baino 100 aldiz handiagoa izan daiteke²¹.

Hala ere, azterlanek adierazten dutenez, beren buruaz beste egin duten pertsonen % 30ek baino ez zuten jaso osasun mentaleko profesionalen aldez aurreko tratamendu bat. Beraz, bereziki beharrezkoa da suizidioaren prebentziorako beste osasun-zerbitzu edo zerbitzu komunitario batzuk barnean hartzea²². Adina eta sexua ere faktore garrantzitsutzat hartzen dira. Adibidez, burututako suizidioen tasarik handiena 65 urtetik gorako gizonena da (eta, bereziki, 75 urtetik gorakoena)^{23,24}; zehazki, gizonen tasa emakumeena baino 2-4 aldiz handiagoa da^{25,26} (3. Eranskina). Gizonen suizidio-tasa emakumeena baino 2-4 aldiz handiagoa da, eta azpimarratu beharra dago zenbait herrialderen kasua. Lituanian, adibidez, gizonen tasa emakumeena baino 6 aldiz handiagoa da (5. grafikoa).

Arrisku-faktore horiek ezagutzea eta ebaluazio klinikoetan sistematikoki txertatzea bereziki garrantzitsua da, eta arriskuaren erabilera optimizatzeko aukera ematen du (adibidez, tratamendu espezifikoak eskaini dakizkieke sexu-abusuen, haurtzaroko tratatu txarren eta abarren aurrekariak dituzten pertsonen).

13

5. grafikoa. Gizonen eta emakumeen suizidio-tasa, adinaren arabera estandarizatua. EB, 2015. urtea. Iturria: ELGE, 201627.



1. taula. Jokabide suizidaren arrisku-faktoreak. Iturria: geuk landua.

ARRISKU-FAKTOREAK	INDIBIDUALAK	· Osasun mentaleko arazoak	· Depresio-nahasmendua · Nahasmendu bipolarra · Eskizofrenia · Elikadura-nahasmendua · Substantzien abusua · Hiperaktibitateak eragindako arreta-defizita
		· Faktore psikologikoak eta nortasun-ezaugarriak	· Itxaropenik eza · Perfekzionismoa · Inpulsibotasuna
		· Aldez aurreko suizidio-ahaleginak eta ideia suizida	
		· Gaixotasun fisikoa, min kronikoa edo desgaitasuna	
		· Faktore genetikoak	
		· Adina (nerabeak eta adinekoak)	
	· Sexua		
	SOZIOFAMILIARRAK ETA TESTUINGURUAREN ARABERAKOAK	· Familiaren suizidio-historia	
		· Babes soziofamiliarrik eza eta diskriminazioa	
		· Maila sozioekonomikoa eta lan-egoera	
· Bitarteko hilgarriak eskuratzeko erraztasuna			
· Indarkeriarako esposizioa, egoera traumatikoak edo abusuak			
· Laguntza bilatzeko aukera zailtzen duten kultura-oztopoak edo estigma			
· Osasun-sistema baliatzeko oztopoak			

14

Faktore bizkortzaileak une jakin batean estres handia eragin eta ekintza suizida bizkortu dezaketen gertaerak edo egoerak dira. Gizonezkoen kasuan, estresore mota batzuk gaixotasun somatikoekin, pertsona arteko gatazkekin, finantza-arazoekin, lan-arazoekin, familia-arazoekin, langabeziarekin edo familiako osasun-arazoekin lotuta daude. Emakumezkoen kasuan, berriz, eraginik handieneko estresoreak nahasmendu mentalak, pertsona arteko gatazkak eta hurbileko pertsonen galera dira²⁸ (3. Eranskina). Etxebizitza galtzea eta utzaraztea ere suizidio kopuru handiagoarekin lotu dira²⁹.

Alerta-seinaleek pertsonak suizidio-arrisku handiagoa izan dezakeela adierazten dute. Pertsona batzuen bizitzaren etapa jakin batzuetan normalak izan badaitezke ere, zaindu egin behar dira arrisku-faktoreak dituzten pertsonen kasuan. Seinale horiek fisikoak, portaerari lotutakoak edo hitzezkoak izan daitezke. Besteak beste, honako hauek aipa daitezke: norik bere burua abandonatzea, gizarte- eta familia-isolamendua, ausarkeria handiko portaerak eta espero ez diren beste jokabide batzuk, hala nola utzitako asmo batzuk betetzea, pertsonarentzat baliotsuak diren gauzak oparitzea eta ezohiko agurrak egitea, pertsona ikusteko azken aukera balitz bezala (3. Eranskina).

Aitzitik, **faktore babesleek** jokabide suizidaren aurka babesten dute (2. taula). Faktore indibidualak izan daitezke (gizarte-trebetasunak, arazoak konpontzeko gaitasuna, inpulsibotasunaren autokontrola, autoestimua handia, aurre egiteko estrategia egokiak eta erresilientziarako gaitasuna)³¹. Balioak eta arauak ere garrantzitsuak dira, hala nola norberaren bizitzaren balioa, itxaropena eta baikortasuna³¹. Kanpoko faktoreen artean, honako hauek azpimarra daitezke: osasun-bitartekoaren eskuragarritasuna, gizarte- eta familia-sare egokia, parte-hartze soziala eta bere buruaz beste egiteko metodo hilgarriak eskuratzeko aukera urriak³². Suizidioaren edo nahasmendu mentalen ezagutza eta agerikotasun sozial handiagoa dakarten eta laguntza bilatzeko aukera errazten duten gizarte- eta kultura-faktoreak ere garrantzitsuak dira (3. Eranskina).

2. taula. Jokabide suizidaren faktore babesleak, bizitzako etaparen arabera. Iturria: honako honetatik aldatua: *Mental Health Commission Australia*³³.

ADIN TXIKIA	<ul style="list-style-type: none"> · Ongizate fisikoa, emozionala eta psikologikoa garatzea · Harreman onak eta afektuzkoak izatea · Aurre egiteko trebetasun eraginkorrak eskuratzea · Familiaren eta komunitatearen babes zabala izatea · Atxikimendu onuragarria garatzea
ESKOLA-ADINA	<ul style="list-style-type: none"> · Autoestimua, komunikazioa eta aurre egiteko jarrera bultzatzea · Familiarekin, ikaskideekin eta, oro har, komunitatearekin babes-harremanak garatzea · Eskola-jardueretan, hezkuntza-jardueretan eta jolas-jardueretan parte hartzea · Segurtasun pertsonala sustatzea eta muga egokiak ezartzen laguntzea · Erreferentzia positibo bat bilatu eta edukitzea
HELDUARO	<ul style="list-style-type: none"> · Norberaren osasun eta ongizatea zaintzeko gaitasuna izatea eta babes-baliabideak baliatu ahal izatea · Harreman pertsonal eta sozial egokiak sortu eta mantentzeko tresnak edukitzea · Emozio edo arazo zailei aurre egiteko trebetasuna izatea · Era independentean bizitzeko eta helburu pertsonalak lortzeko trebetasunak garatzea · Eskolatik lanerako edo ikasketetarako trantsizio arrakastatsua egiteko baliabideak izatea
LAN-ETAPA	<ul style="list-style-type: none"> · Nortasun sendoa izatea, norberaren bizitza garatzeko eta kontrolatzeko zentzuarekin. · Etengabeko ongizatea eta osasuna bilatzeko jardueretan parte hartzea. · Familian eta gizartean harreman eta ardura sakonagoak edukitzea · Etxean, lanean edo komunitatean ekarpen esanguratsua egiteko edo lidergoa agertzeko aukerak izatea · Finantzak egonkor, enplegua eta etxebizitza segurua edukitzea
ADIN HANDIA ETA ZAHARTZAROA	<ul style="list-style-type: none"> · Jarduera mentala, fisikoa eta soziala egitea · Ekarpnag egiteko eta familiak eta komunitateak baloratzeko aukerak izatea · Osasun-arazoak eraginkortasunez kudeatu ahal izatea eta osasun-zerbitzuak baliatu ahal izatea · Lanetik eta familia-erantzukizunetatik erretirorako trantsizio positiboa izatea · Finantza-segurtasuna, etxebizitza segurua eta gizarte-babesa edukitzea · Aldaketari edo galerari era positiboan aurre egiteko ideia eta balio errotuak izatea

2.2. JOKABIDE SUIZIDAREN PREBENTZIOAREN INGURUKO EBIDENTZIAK

Ebidentzia zientifikoak iradokitzen duenez, ekintza batzuk eraginkorragoak dira arestian aipatutako arrisku-faktoreei aurre egiteko eta jokabide suizidaren agerpena eta eragina murrizteko. Garatu diren eta literaturaren babesa duten neurriak hiru talde nagusitan banatuta daude: **prebenitzeko, esku hartzeko eta jarraipena egiteko neurriak**^{34,35} (3. taula). Neurri horietatik abiatuta, zenbait herrialdek jokabide suizida prebenitzeko eta hari aurre egiteko estrategiak garatu dituzte, biztanleria bakoitzaren premiak eta ezaugarriak kontuan hartuta (4. Eranskina).

2.2.1. PREBENTZIO-NEURRIAK

Prebentzio-neurriak unibertsalak, selektiboak eta adieraziak izan daitezke. **Prebentzio unibertsaleko** neurriak oro har biztanle guztiei edota arrisku indibidualaren arabera identifikatu ez den populazio oso bati (nazio, eskualde edo erkidego bateko populazioari, adibidez) zuzenduta daude. Estrategia horien helburuak honako hauek dira: osasun-arretaren eskuragarritasuna sustatzea, nahasmendu mentala prebenitzeko eta osasun mentala sustatzeko ekintzak bultzatzea (hala nola alkoholaren kontsumoa murriztea, suizidatzeko arrisku handiagoarekin lotuta baitago³⁶), suizidatzeko bitarteko hilgarrien eskuragarritasuna mugatzea (neurri eraginkorra izan da metodoa oso hilgarria den, erraz eskura daitekeen eta suizidio kopuru esanguratsu bat eragiten duen kasuetan^{20,37}) eta hedabideek informazio arduratsu bat sustatzea, suizidioa goraipe ez dadin eta pertsona kalteberak imi-

tatzeko asmoagatik beren buruaz beste egiteko arriskua areagotu ez dadin³⁸ (4. Eranskina). Komunitatean, funtsezkoa da eskola-esparruan, lan-esparruan, kolektibo kalteberekin eta abar osasun mentala sustatzeko jarduerak egitea. Neurri horien artean, honako hauek aipa daitezke: haurtzaroan eta gaztaroan emozioak eta gizarte-trebetasunak kudeatzeko programak, gurasotasun positiboko programak, ohitura osasungarriak sustatzeko programak eta zaintzaileentzako laguntza psikosoziala. Prebentzio selektiboko neurriak zenbait ezaugarritan oinarrituta (adina, sexua, lan-egoera, aurrekari pertsonalak edo familiakoak eta abar) jokabide suizida agertzeko gainerako biztanleek baino arrisku handiagoa duten biztanle taldeei zuzenduta daude. Pertsona horien artean, traumak edo abusuak jasan dituztenak, gatazkak edo hondamendiak bizi izan dituztenak edota beren buruaz beste egin duten pertsonen senideak daude³⁹. Prebentzio-ekintza horiek kalteberatasun-egoeran dauden kolektibo horiei bereziki zuzendutako suizidioaren prebentziorako programen bidez egiten dira⁴⁰, eta ingurune komunitarioan gauzatu ohi dira. Ekintza horien artean, hezkuntza-esparruko prebentzio-programak (suizidatzeko ahaleginak eta pentsamenduak murrizteko eraginkortasuna agerian utzi dutenak) gara daitezke⁴¹, edota gizarte-eragileen prestakuntza eta trebakuntza (estigma murrizteko eraginkorrak) bultzatzea. Halaber, jokabide suizidari buruzko ezagutza zabaldu eta beren buruaz beste egiteko arriskuan dauden pertsonak identifikatzeko eta haiei laguntzeko jarrerak eta konfiantza hobetu daitezke⁴² (4. Eranskina). Prebentzio adieraziko neurriak, berriz, suizidatzeko arriskua iradokitzen duten zantzuak edo arrisku horri neurri handian lotutako gaixotasun bat (hala nola nahasmendu mental batzuk edo gaixotasun fisikoak) izateagatik oso kalteberak diren pertsona jakin batzuei zuzenduta daude³⁹. Esku hartzeko ekintzak askotarikoak dira, hala nola osasun-arloko agenteekin (espezializazioa dutenekin edo orokorrekin) pertsona horien jarraipena egitea edota nahasmendu mentalak hobeto identifikatu eta kudeatzea³⁹. Neurrikerik eraginkorrenen artean, honako hauek aipa daitezke: lehen mailako arretaren profesionalak eta hornitzaileak babesa ematea arrisku hori detektatu eta hari aurre egiteko gaitasuna hobetu dezaten⁴³, lehen mailako arretan eta larrialdi-zerbitzuetan detektatzeko programa edo tresna espezifikoak sortzea (horren eraginkortasuna agerian geratu da helduengan eta trebakuntza egoki baten ondoren⁴⁴), arrisku handia duten pertsonen senideak/zaintzaileak trebatzea, eta informazioaren eta komunikazioaren teknologietan (IKT) oinarritutako arreta- eta laguntza-programak abian jartzea⁴⁵ (4. Eranskina).

2.2.2. ESKU HARTZEKO ETA JARRAIPENA EGITEKO NEURRIAK

Esku hartzeko neurriak argi eta garbi identifikatuta eta normalean suizidatzeko ideia-ri, plangintzari edo ahaleginei lotuta dagoen arrisku-egoera bat bizi duten pertsonen zuzenduta daude. Neurri horiek honela sailkatuta daude: kasuen identifikazioa, eta eta suizidatzeko arriskuaren eta askotan oinarrian dagoen nahasmendu mentalaren tratamendu espezifikoa. Neurri eraginkorrenen artean, tratamendu farmakologikoak edo psikoterapia daude. Tratamenduaren kasuan, klopapina eta litioa suizidioaren aurka eraginkorrak direla egiaztatuta da, eta eraginkortasun hori nahasmendu mentalean dituzten ondorioetatik bereizita egon liteke. Nolanahi ere, patologia afektiboa edo psikotikoa duten pazienteengan arriskua murrizteko gomendatzen dira. Bestalde, depresioaren diagnostikoa duten helduengan, antidepresiboen bidezko tratamendua suizidatzeko arrisku txikiagoarekin lotu da. Gainera, farmako berri batzuen erabilera (ketaminarena, adibidez) ideia eta jokabide suizida murrizteko itxaropentsua dela dirudi³⁷. Era berean, suizidatzeko arriskua espezifikoki lantzen duten psikoterapia mota batzuk arrisku handia duten pertsonen kasuan eraginkorrak direla dirudi, eta espezifikoak ez diren psikoterapiak baino emaitza hobekien lortu dituzte⁴⁶. Suizidioaren prebentziora emaitzarik onenak eman dituzten modalitateen artean, terapia dialektiko-konduktuala (TDK), suizidioaren prebentziora bideratutako terapia kognitibo-konduktuala (TKK-SP) edo arazoak konpontzeko terapia aipa daitezke⁴⁷. Bestalde, laguntza-ingurune jakin batean errazago orokortu daitezkeen esku-hartze “laburreko” modalitate batzuk beren eraginkortasunaren ebidentzia metat-

zen ari dira, eta prebentzio-tresna gisa gomendatzen hasi dira arriskua duten pertsonen kasuan. Horien artean, bitartekoak eskuratzeko aukeraren kontrolari eta segurtasunari lotutako plan indibidualizatuak edo laguntzarik ezaren edo zerbitzuen arteko trantsizioen kasuan ezartzen diren harreman laburrak aipa daitezke⁴⁸. **Jarraipena egiteko neurrien** bidez, arreta luzea eta etengabea ematen zaie jokabide suizida duten pertsonari. Neurri horien artean, oso garrantzitsua da komunitatearen babesa jasotzea eta senideek, lagunak edo beste baliabide komunitario batzuek parte hartzea (pertsonak aldizka ikuskatzea eta tratamenduarekiko atxikimendua sustatzea)³⁴.

2.2.3. PREBENTZIO-PROGRAMAK

Munduan, diziplina anitzeko hainbat programa garatu dira. Haietako bat, European Alliance Against Depression (EAAD) izenekoa, depresioan eta suizidioaren arriskuan oinarritutako esku-hartze proiektu bat da, eta hainbat esparrutako esku-hartzeak biltzen ditu (biztanleria oro har, osasun-esparrua, esparru komunitarioa, komunikabideak eta abar). Espainian, Bartzelonako Dreta de l'Eixample barrutian hasi zen aplikatzen, baina, geroztik, beste leku batzuetan ere egin dira EAADaren ereduari oinarritutako prebentzio-programak, hala nola Sabadellen edo Gipuzkoan. Programak bere eraginkortasuna utzi du agerian, eta, 2007tik 2009ra bitarte, suizidio-ahaleginen tasa orokorra (helduak eta gazteak biltzen dituen) % 30eko proportzioan murriztu du Vallés Oriental eskualdean⁴⁹. Sabadellen aplikatu zenean, antolamendu-aldaketak eta lehen mailako arretaren eta espezializatuaren artean lankidetzan jarduteko aldaketak bultzatu, eta lehen bisitaldietarako itzarote-zerrendak desagertu ziren. Halaber, espezialistarengana bideratutako kasuen kopurua handitu, depresioaren aurkako sendagaien preskripzioa % 3ko proportzioan gehitu eta depresioaren ondoriozko laneko bajak % 10,4ko proportzioan murriztu ahal izan ziren. Era berean, Zero Suicide Alliance programa osasun-ingurunean jokabide suizidaren arretaren kalitatea hobetzeko ikuspegi sistematiko batean oinarrituta dago. Programa hori funtsezko kontzeptu gisa txertatu zen Ameriketako Estatu Batuetako Suizidioaren Prebentziorako 2012ko Estrategia Nazionalean, eta herrialde horretako Suizidioaren Prebentziorako Ekintza Nazionaleko Hitzarmenaren (Action Alliance) lehentasun bihurtu da. Programa hori arretaren kontzeptu holistiko batetik abiatuta garatzen da, eta osasun-sistemetan beharrezkoak diren zazpi elementu identifikatzen ditu:

- Sistema osoan kultura-aldaketa bat zuzentzea, suizidioen kopurua murrizteko konpromisoa hartzeko.
- Profesionalak beharrezkoak diren gaitasunak eta trebetasunak eskuratzeko trebatzea.
- Suizidatzeko arriskuan dauden pazienteak prozedura proaktibo eta zorrotzen bidez identifikatzea.
- Suizidatzeko arriskuan dauden pertsona guztien jokabide suizida kudeatzeko zainketa-plan bat erabiltzea.
- Jokabide suizidaren inguruko esku-hartze bat egitea eta, horretarako, ebidentzian oinarritutako tratamenduak erabiltzea.
- Zerbitzuen arteko trantsizioa ziurtatzea, eta, horretarako, laguntza-harremanak erabiltzea eta zerbitzuen artean arretarekin jarraitzeko prozesuak hobetzea.
- Politikak eta prozedurak etengabeko hobekuntzako prozesu baten bidez hobetzea.

Programa hainbat eskualde eta herrialdetan ezarri da, eta 200 osasun-erakunde baino gehiagotara iritsi da. Adibidez, Nashville-n (Tennessee), programa ezarri eta 20 hilabetez, suizidioen tasa % 65eko proportzioan murriztu zen (31tik 11ra 100.000 biztanleko), eta 440.000 dolar aurreztu ziren urtean, larrialdietako bisitaldiak eta ospitalizazioak murriztu izanaren ondorioz⁵⁰.

3. taula. Jokabide suizida prebenitzeko, esku hartzeko eta jarraipena egiteko neurriak. Iturria: honako hauetatik aldatua: Scott 2012⁵¹, Beautris 2013⁵², Hirji 2014⁵³, OME 2014⁵⁴.

NEURRIAK		
PREBENTZIOA	UNIBERTSALA	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidioa prebenitzeko programa nazionalak lantzea. · Bitarteko hilgarriak eskuratzeko aukera murrizteko politikak inplementatzea. · Komunikabideentzako estilo-gidaliburuak lantzea. · Osasun mentalaren, substantzien kontsumoaren ondoriozko nahasmenduen eta suizidioaren inguruan sentsibilizatzeko zabalkunde-kanpainak egitea eta mito faltsuak desagerraraztea. · Osasun mentala sustatzeko politikak inplementatzea. · Alkoholen eta beste substantzia batzuen kontsumoa kontrolatzeko politikak inplementatzea. · Gizarte-ongizatea eta enplegua hobetzeko politikak inplementatzea. · Emozioak eta gizarte-trebetasunak kudeatzeko eta ohitura osasungarriak sustatzeko esku-hartze sozial komunitarioko programak sustatzea.
	SELEKTIBOA	<ul style="list-style-type: none"> · Suizidioaren prebentziorako zentroak sortzea. · Gizarte-eragileak prestatu eta trebatzea. · Suizidioaren prebentziorako programa komunitarioak lantzea. · Eskola-garaiko suizidioaren prebentziorako programak lantzea. · Haur eta gazteen ongizatea sustatzeko programak lantzea. · Lantokian suizidioa prebenitzeko programak lantzea. · Espetxeetan suizidioa prebenitzeko programak lantzea. · Segurtasun-indarretan (polizia, militarrek eta abar) suizidioa prebenitzeko programak lantzea. · Landa-eremuetan suizidioa prebenitzeko programak lantzea. · Alkoholen eta drogen gehiegizko erabilera saihesteko programak lantzea. · Gurasoentzako babes- eta euskarri-programak sortzea
	ADIERAZIA	<ul style="list-style-type: none"> · Osasun-zerbitzuetako eta gizarte-zerbitzuetako profesionalak prestatu eta trebatzea. · Lehen mailako arretako profesionalei eta hornitzaileei babes ematea. · Arrisku handia duten pertsonen senide, zaintzaile edo lagunei trebakuntza eta babes ematea. · Arreta- eta babes-zerbitzuak abian jartzea (telefono-lineak). · Webean oinarritutako arreta- eta babes-programak abian jartzea (txatak, foroak, webguneak, telelaguntza). · Postbentziorako arreta-programak eta arreta-zerbitzuak garatzea.
ESKU-HARTZEA	KASUEN IDENTIFIKAZIOA	<ul style="list-style-type: none"> · Lehen mailako arretan pazienteak detektatzeko programak/tresnak sortzea. · Larrialdietan pazienteak detektatzeko programak/tresnak sortzea. · Larrialdiaren edo ospitaleko altaren ondorengo jarraipena eta etengabeko harremana abian jartzea.
	NAHASMENDU EZAGUNETARAKO TRATAMENDU ESTANDARRA ETA SUIZIDIOAREN ARRISKURAKO ESPEZIFIKOA	<ul style="list-style-type: none"> · Farmakoterapia [antidepressiboak, antipsikotikoak, litioa]. · Suizidioaren prebentziorako psikoterapia kognitibo-konduktuala. · Psikoterapia dialektiko-konduktuala. · Beste psikoterapia batzuk, askotarikoak / konbinatuak. · Bitarteko indibidualizatuak eskuratzeko aukeraren kontrolari eta segurtasunari lotutako planak lantzea. · Terapia elektrokonbultsiboa. · Esku-hartze psikosozialak. · Ospitalizazioak, suizidioaren arriskua espezifikoki landuta. · Zainketa intentsiboak. · Neurokirurgia.
JARRAIPENA	EPE LUZERAKO TRATAMENDUA ETA LAGUNTZA	<ul style="list-style-type: none"> · Harreman laburrak laguntzarik ezaren eta zerbitzuen arteko trantsizioen kasuan. · Etengabeko jarraipen eta harremani eustea. · Tratamenduari atxikitzeko programak lantzea. · Aldizkako motibazio-elkarrizketak egitea. · Berriz ospitaleratzeko aukera baloratzea.
	ETENGABEKO ARRETA ETA LAGUNTZA	<ul style="list-style-type: none"> · Komunitatean babesteko eta laguntza bilatzeko giroa sustatzea. · Epe luzeako terapia (erresilientzia, aurre egiteko estrategiak, indarren eraikuntza). · Zerbitzuak emateko eta kasuak kudeatzeko ereduak sortzea.