


Directrices Éticas para los programas de prevención del suicidio basados en las nuevas tecnologías WP – Paquete de trabajo 5

Eva De Jaegere & Prof. Gwendolyn Portzky, Ghent University
Marjolijn van den Berg & Solvejg Wallyn, Flemish Agency for Care and Health



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

El proyecto Euregenas ha recibido financiación de la Unión Europea dentro del Programa de Salud Pública 2008-2013. La responsabilidad única del contenido de esta publicación recae en el autor, y por ello la Agencia Ejecutiva no tiene responsabilidad alguna de ningún uso que pudiera ser dado a la información aquí contenida.





Contenidos

Resumen ejecutivo	p. 4
Introducción	p. 5
El proyecto Euregenas	p. 5
Directrices Éticas para los programas de prevención basados en las nuevas Tecnologías	p. 9
Directrices éticas para los programas de prevención basados en las nuevas Tecnologías	p. 11
Método	p. 12
Posibles Usuarios de las guías éticas para los programas de prevención basados en Tecnologías	p.13
Estructura	p. 13
Directrices éticas par las modalidades pasivas de los programas de prevención del Suicidio basado en nuevas tecnologías	p. 15
1. Transparencia	p. 16
2. Privacidad y protección de datos	p. 18
3. Accesibilidad	p. 19
4. Responsabilidad	p. 20
5. Criterios de calidad	p. 21
1. Información sobre el comportamiento suicida	p. 21
2. Enlaces	p. 22
3. Sin propaganda	p. 23
4. Programas adaptados a la población diana	p. 23
Directrices éticas par las modalidades activas de los programas de prevención Basados en nuevas tecnologías	p. 24
1. Intervención en crisis	p. 25
2. Transparencia	p. 25
3. Privacidad y protección de datos	p. 26
4. Accesibilidad	p. 26
5. Responsabilidad	p. 26
6. Criterios de calidad	p. 26

1. Información sobre el comportamiento suicida	p. 27
2. Enlaces	p. 27
3. Sin propaganda	p. 27
4. Programas adaptados a la población diana	p. 27
5. Instrumentos basados en la evidencia	p. 27
6. Supervisión por un moderador	p. 28
7. Sistema de alerta de información sobre el suicidio	p. 28
7. Consentimiento informado	p. 28
8. Profesionalismo	p. 31
9. Oportunidad	p. 32
Directrices éticas para las modalidades interactivas de los programas de prevención basados en nuevas tecnologías	p. 33
1. Intervención en crisis	p. 34
2. Transparencia	p. 34
3. Privacidad y Protección de datos	p. 35
4. Accesibilidad	p. 35
5. Responsabilidad	p. 35
6. Criterios de calidad	p. 35
1. Información sobre el comportamiento suicida	p. 36
2. Enlaces	p. 36
3. Sin propaganda	p. 36
4. Programas adaptados a la población diana	p. 36
5. Instrumentos basados en la evidencia	p. 36
6. Supervisión por un moderador	p. 37
7. Sistema de alertas de información sobre el suicidio	p. 37
8. Profesionales cualificados	p. 37
7. Consentimiento informado	p. 39
8. Profesionalismo	p. 39
9. Oportunidad	p. 39
Conclusión	p. 40
Apéndice	p. 42
Referencias	p. 44

Resumen ejecutivo

Las **Directrices para los programas de prevención del suicidio basados en las nuevas tecnologías** remarcan que líneas éticas de actuación debieran ser consideradas cuando se crea o se supervisa un programa de este tipo. Forman parte del **Paquete de trabajo 5 (WP5) 'Desarrollo de un modelo electrónico conceptual'** del proyecto **"European Regions Enforcing Actions against Suicide" (Euregenas)** (Grant Agreement N°20101203).

La elaboración de esta guía ética se fundamenta en una revisión de la bibliografía existente, en una evaluación de necesidades, en las propias guías ya existentes, así como en los comentarios y sugerencias provenientes de expertos en prevención del suicidio.

Estas directrices se dividen en tres secciones dependiendo de los diferentes tipos y modalidades de programas de prevención Basados en tecnologías; p ej. formas pasivas, activas, e interactivas (ver imagen 1). Cuanto más activas sean las formas de los programas de prevención basados en tecnologías, a más directrices éticas deberían estar adheridos.

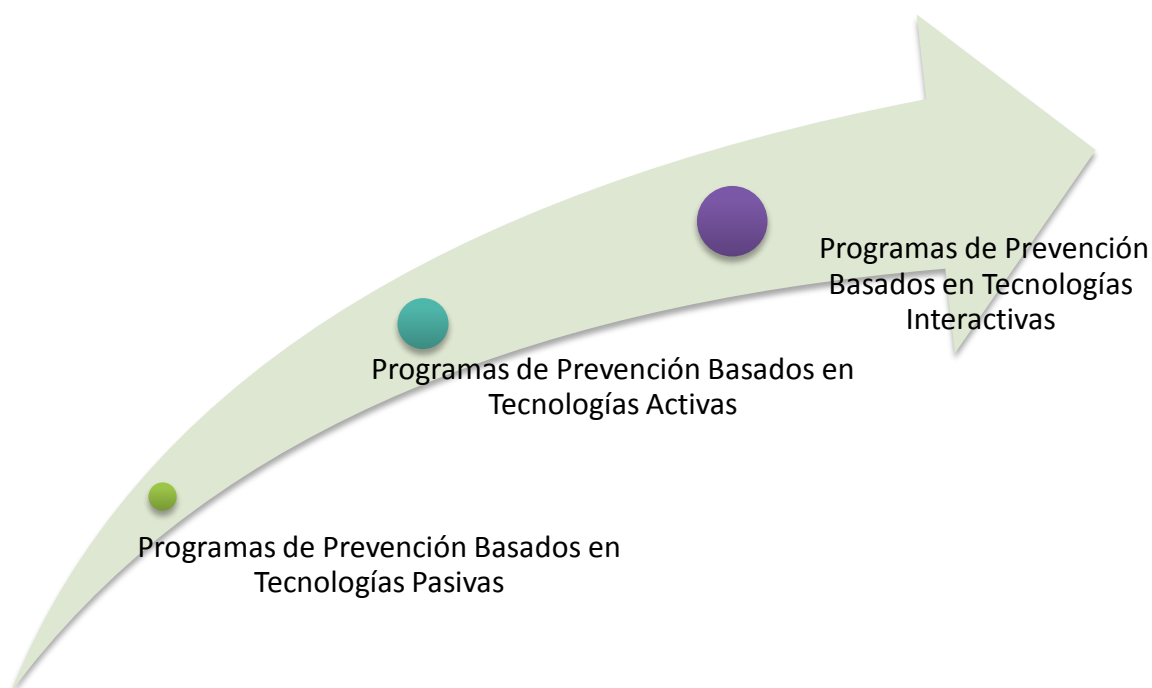


Imagen 1. Diferentes formas de programas Preventivos Basados en Tecnologías.

AVISO:

En el desarrollo y mantenimiento de un programa de prevención Basado en Tecnologías los proveedores deberían estar alerta ante el hecho que esos programas puedan ser empleados por personas con ideas de suicidio, que tienen graves y complejos problemas, que no deben ser infraestimados o trivializados. Se requiere especial atención para los grupos más vulnerables a los que se destinan estos programas. Se debe valorar el empleo de cada una de las diferentes estrategias en función de la edad, el género y el contexto del usuario al que se destinen estos programas.

Introducción

El proyecto Euregenas

El suicidio es el mayor problema de salud pública en Europa estimándose que el promedio de la tasa de prevalencia de suicidio es aproximadamente un 13.9 por 100000 (Organización Mundial de la salud, 2013). El proyecto **Euregenas** (Convenio de Donación N ° 20101203), “**European Regions Enforcing Actions against Suicide project**” financiado por la Agencia Ejecutiva de Sanidad y Consumo (EAHC) de la Comisión Europea, **tiene como objetivo contribuir a la** prevención de pensamientos y conductas suicidas en Europa, a través del desarrollo y la implementación de estrategias para la prevención del suicidio a nivel regional, que posteriormente puedan ser utilizadas en la Unión Europea como ejemplo de buenas prácticas (ver www.euregenas.eu y www.euregenas.es).

Este proyecto reúne a 15 socios europeos que representan a 11 regiones europeas con una gran variedad de experiencias en la prevención de suicidio

1. Hospital universitario Verona (**AOUI-VR**)-Italia
2. Agencia Flemish para el cuidado y la salud (**VAZG**)- Bélgica
3. Región Vastra Gotaland (**VGR**)- Suecia
4. Fundación Romtens (**ROMTENS**)- Rumanía
5. Instituto Nacional de la Salud y el Bienestar (**THL**)- Finlandia
6. Unidad para la investigación del suicidio, universidad Ghent (**UGENT**)- Bélgica
7. Fundación Intras (**INTRAS**)- España
8. Servicio Andaluz de Salud (**SAS**)-España
9. Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud (**FPS**)-España
10. Universidad Mikkeli de Ciencias Aplicadas (**MAMK**)-Finlandia
11. Universidad Dresden: Asociación Pública de investigación Técnica de la Salud (**TUD**)-Alemania
12. Instituto Regional de Salud Pública Maribor (**RPHIMB**)- Eslovenia

13. Oeste de Suecia (**WS**)- Suecia
14. De Leo Fund (**DELEOFUND**)-Italia
15. Formación del gobierno del Condado Cumbria (**CCC**)- Reino Unido

El proyecto ha sido desarrollado en el marco del “Segundo programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud” (*Comisión europea 2008-2013*, ver <http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/>), y trata de promover la puesta en marcha de redes regionales para la gestión y aplicación de programas de prevención, como una metodología innovadora para mejorar los servicios existentes.

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

1. Prevención del suicidio
2. Desestigmatización de los trastornos mentales
3. Promoción de la salud entre los jóvenes

Los objetivos específicos del proyecto Euregenas son los siguientes:

- Identificar y catalogar las buenas prácticas de actuación existentes y las estrategias de prevención del suicidio, a nivel local y regional.
- Realizar un análisis de necesidades en materia de prevención del suicidio a partir de los profesionales y personas implicados en este objetivo.
- Desarrollar y difundir guías y herramientas para la prevención del suicidio y estrategias para incrementar la sensibilización.
- Desarrollar técnicas específicas para un modelo de integración de cuidados mediante e-mental health orientado a la prevención del suicidio (website, instrumento electrónico).

- Mejorar los conocimientos y las habilidades entre los profesionales tanto a nivel local como regional (por ejemplo, psicólogos, psiquiatras, médicos generales y de atención primaria).

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

WP1 - Coordinación del proyecto (AOUI.VR)

Acciones para dirigir el proyecto y asegurarse que es implementado como fue planeado.

WP2 - Difusión del proyecto (WS)

Acciones para asegurar que los resultados y productos del proyecto sean útiles para el grupo objetivo de intervención.

WP3 - Evaluación del proyecto (Romtens)

Acciones para verificar si el proyecto está siendo implementado como se planeó y alcanza los objetivos.

WP4-Biblioteca online y evaluación de necesidades (TUD)

Pretende: desarrollar una biblioteca online y promover una “evaluación de las necesidades” de los grupos de interés clave. Estas actividades constituyen las bases para WPs 5, 6, 7, 8.

WP5 – Desarrollo del Modelo e-Conceptual (VAZG)

Pretende proporcionar toda la información necesaria para poder crear un soporte integrador y un protocolo de intervención para la salud e-mental, dirigida a la prevención del suicidio, que puede ser adaptado a las necesidades locales en todas las regiones Europeas y organizaciones regionales del cuidado de la salud.

WP6 - Desarrollo del Conjunto de medidas de prevención (UGent)

Pretende desarrollar las pautas generales para las estrategias de a prevención del suicidio así como los conjunto de medidas de prevención específica (herramientas) para el aumento de conocimiento de la prevención del suicidio para los grupos objetivo de intervención.

WP7 - Desarrollo y guía de los Modelos de formación (AOUI-VR)

Pretende desarrollar un conjunto de medidas de formación para Médicos de Atención Primaria y pilotar el conjunto de medidas de formación en 5 regiones seleccionadas. La meta principal es proporcionar a los Médicos de Atención Primaria información relevante para la detención temprana y remisión del riesgo de suicidio.



WP8 - Desarrollo y guía de las herramientas de evaluación para la eficacia del grupo de apoyo (AOUI-VR)

Pretende desarrollar un conjunto de herramientas para ayudar a los grupos de apoyo de supervivientes (personas emocionalmente próximas a las personas que realizan el acto de suicidio). Además, se recopilará un catálogo que tenga como objetivo facilitar información a las personas cercanas a aquellos que han cometido un suicidio (incluyendo una lista de grupos/servicios disponibles).



Directrices Éticas para los programas de prevención basados en las nuevas tecnologías. Paquete de trabajo 5

Últimamente, las nuevas tecnologías como Internet, los teléfonos inteligentes y las tabletas se han convertido en una plataforma de utilidad para la prevención del suicidio. Los programas de prevención del suicidio basados en las nuevas tecnologías (*“Technology-based suicide prevention programmes o TBSP”*) ofrecen nuevas oportunidades en este campo gracias a la posibilidad de superar el problema de falta de tiempo para realizar estos programas y el problema de la existencia de distancias que separan al potencial usuario del lugar donde se realizan estos programas preventivos; así como ofrecer anonimato, reduciendo de esa manera las barreras psicológicas que pueden impedir buscar ayuda. Gracias a esta gran accesibilidad y anonimato, los programas de prevención basados en nuevas tecnologías tienen un éxito importante en llegar y alcanzar a diferentes grupos poblacionales, incluyendo a las personas en riesgo de suicidio. Mucha gente, que de otra manera evitaría acudir a los habituales programas de atención psicológica o psiquiátrica de prevención, por el contrario sí podrían recibir ayuda profesional a través de programas basados en estas nuevas tecnologías (Barak, 2007; Recupero, Harms, & Noble, 2008).

En cualquier caso, a la hora de intentar prevenir el suicidio usando las nuevas tecnologías, debe ser tomada en cuenta la llamada “paradoja de Internet” (Durkee, Hadlaczky, Westerlund, & Carli, 2011; Kraut et al., 1998). Es decir, internet puede ser muy útil para prevenir el suicidio de diferentes formas, pero a su vez puede tener un efecto negativo e incluso desencadenar un comportamiento suicida (Lester, 2008). Los proveedores de programas de prevención Basados en Nuevas Tecnologías necesitan conocer qué elementos tienen que ser considerados a la hora de desarrollar y ofrecer un programa de estas características, y los usuarios deben conocer en qué programas pueden confiar (Alao, Soderberg, Pohl, & Alao, 2006). En consecuencia, **“las directrices éticas para los programas de prevención basados en nuevas tecnologías”** son desarrolladas dentro del ámbito del WP5 ‘Desarrollo de un modelo conceptual electrónico’ como parte del proyecto Euregenas. El objetivo del WP 5 es proveer toda la información necesaria para desarrollar una red de apoyo integrada y una intervención orientada dentro de la llamada salud mental Electrónica, todo ello dirigido hacia la prevención del suicidio.

El WP 5, por tanto, tiene como objetivo desarrollar un modelo conceptual electrónico, que se pueda adaptar a las necesidades locales de las organizaciones regionales de salud en todas las regiones europeas. Las "directrices éticas para los programas de prevención basados en nuevas tecnologías son una parte del desarrollo de un modelo de e-salud para la prevención del suicidio. Su principal objetivo es guiar al proveedor de un programa de prevención basado en tecnologías para que sea seguro y fiable, y proteger al usuario, de modo que pueda utilizar el programa con confianza y un riesgo mínimo (Commission of the European Communities, 2002; Mack, 2004; Rippen & Risk, 2000).

Directrices Éticas para los programas de prevención basados en las nuevas tecnologías

AVISO:

Las entidades que desarrollen y mantengan un programa de prevención basado en nuevas tecnologías deberían estar alerta ante el hecho de que esos programas entraran en contacto con personas con ideas suicidas, que tienen graves y complejos problemas, que no deben ser infraestimados o trivializados. Se requiere especial atención para los grupos más vulnerables a los que se destinan estos programas. Se debe valorar el uso de cada una de las diferentes estrategias en función de la edad, el género y el contexto del usuario al que se destinen estos programas.

La forma de proceder ante estas cuestiones éticas varía según los países, y depende de la cultura y la historia de una comunidad. Algunos países tienden a integrar estos problemas éticos en la propia legislación. Un ejemplo de la armonización jurídica de algunos problemas éticos sobre la protección de la privacidad, es la legislación sobre protección de datos de la UE. Sin embargo, tratar con problemas éticos también significa tener en cuenta la existencia del sentido común, y para ellos el establecimiento de unas directrices éticas puede constituir una herramienta adecuada.

Cuando se desarrolla un programa de prevención basado en tecnologías, el proveedor tiene que cumplir con las leyes y regulaciones del estado, entidad regional, nacional o internacional existentes, que se aplican al programa de prevención basado en tecnologías (por ejemplo, leyes sobre si enviar o no a los servicios de emergencia a un usuario que es una amenaza para él o ella misma) [11, 12]. Por lo tanto, las «directrices éticas para los programas de prevención basados en tecnologías» tienen la necesidad de ser aplicados en el marco a esas leyes y reglamentos, sin reemplazar la legislación existente [10]. Las "directrices éticas para los programas de prevención basados en nuevas tecnologías" no pretenden ser obligatorias ni exhaustivas, sino facilitar el desarrollo de este tipo programas con una base de calidad y confianza, teniendo en cuenta la existencia de un contexto cambiante y dinámico.

Método



Para la elaboración de las directrices éticas para los programas de prevención basados en nuevas tecnologías se han utilizado las siguientes fuentes:

1. Revisión de la literatura

La revisión de la literatura abarca la literatura reciente sobre las directrices éticas y los criterios de calidad para aplicaciones en salud mental y en la prevención del suicidio. En particular, la prevención del suicidio on-line (en línea). La revisión de la literatura se basa en la literatura regional (de 2000 a 2013) de la biblioteca on-line del WP 4 del proyecto Euregenas [13] y en una búsqueda de la literatura internacional utilizando la 'Web of Knowledge', que incluye bases de datos como "Medline", y "Google Scholar".

2. Evaluación de las necesidades

La Evaluación de las necesidades de las partes interesadas ha sido realizada en el WP 4 del proyecto Euregenas. Los resultados de la evaluación de las necesidades, en particular las relativas a los programas de prevención basados en tecnologías están integrados en el apartado de "directrices éticas para los programas de prevención Basados en Tecnologías [14].

3. Directrices éticas existentes

Se han consultado varias directrices éticas existentes en materia de salud mental electrónica, p. ej:

- Las directrices éticas de e-Europe 2002 [10],
- La E-Salud Código de Ética [8],
- Código de Conducta HON [15],
- Los Principios sugeridos para la provisión de Servicios de Salud Mental en línea de la Sociedad Internacional para la Salud Mental Online (ISMHO, [12]),
- Los principios éticos para la sanidad electrónica de la Asociación Europea de Telemática de la Salud (ETHEL, [16]),
- El Hi-Ethics [17],
- Las Directrices para la práctica de tele psicología [18].
- Las Directrices para Sitios Web de la Asociación Médica Americana (AMA) [19].



3. Comentarios de los expertos de prevención del suicidio

El proceso de revisión de las "Directrices éticas para los programas de prevención basados en nuevas tecnologías" se ha llevado a cabo en diferentes fases. Han sido presentadas a los socios del proyecto Euregenas y a expertos regionales en prevención del suicidio. Sus comentarios han sido examinados y aprobados en el texto. Posteriormente, el texto revisado se presentó al consejo científico del proyecto Euregenas. Sus comentarios se han tenido también en cuenta en la versión final de las "Directrices ética".

Posibles usuarios de las Guías éticas para los Programas de Prevención Basados en Tecnologías.

Las directrices éticas para los programas de prevención basados en tecnologías tienen por objeto llegar a los proveedores de este tipo de programas. Al adherirse a estas directrices éticas, los proveedores o entidades desarrolladoras de un programa se garantizaran también la protección de sus usuarios. Además, les permitirá ofrecer un programa de prevención basado en nuevas tecnologías de confianza.

Estructura

Las "directrices éticas para los programas TBSP" se organizan en función de tres modalidades diferentes, es decir, formas pasivas, activas e interactivas (ver figura 2). Un programa TBSP puede incluir elementos de una o más modalidades.

Las modalidades pasivas de programas de prevención basados en tecnologías sólo permiten a un usuario leer o ver los contenidos del programa. Los ejemplos de formas pasivas incluyen información estadística, consejos, y "Preguntas más frecuentes" (FAQ). Las formas pasivas de programas de prevención basados en tecnologías no solicitan la participación activa por parte del usuario, requieren poco esfuerzo, y ya que no hay información personal involucrada, el riesgo de seguridad es bajo. Por tanto, el umbral de acceso a las modalidades pasivas de este tipo de programas es bastante baja. Las modalidades pasivas desde una perspectiva técnica son relativamente simples, pero puede llevar algún tiempo desarrollarlas [20].

Las modalidades activas de programas de prevención Basados en Tecnologías se fundamentan en la participación activa por parte del usuario, por lo que requieren más esfuerzo que las modalidades pasivas. Ejemplo de este tipo de modalidad incluye los auto-test, robots con los que chatear, y videojuegos “serios”, entre otros. Cuando se almacena información personal del usuario, el riesgo de seguridad es mayor que en las modalidades pasivas. El desarrollo de este tipo de programas es técnicamente más complejo, y en consecuencia requieren mucho tiempo de desarrollo [20].

Las modalidades interactivas de programas de prevención Basados en Tecnologías se caracterizan por la interacción entre los usuarios (y cuidadores). Ejemplos de este tipo de modalidades interactivas son foros, chats uno a uno, grupos de chat, y el tratamiento en línea. Las formas interactivas tienen el umbral más alto para los usuarios, ya que requieren un esfuerzo considerable por parte del usuario, y los riesgos de seguridad pueden ser altos. Pueden ser técnicamente complejas pero generalmente necesitan menos tiempo para desarrollarse que las formas activas [20].

En resumen, cuanto más activo sea la modalidad de un programa de prevención basado en Tecnologías, mayor será el umbral de acceso: el programa se vuelve más complejo y aumentan los riesgos de seguridad.

Directrices éticas para las modalidades pasivas de los programas de prevención del suicidio basado en nuevas Tecnologías

Dentro de las Directrices éticas para las modalidades pasivas de los programas de prevención del suicidio basado en tecnologías se incluyen los siguientes apartados:

1. **Transparencia**
2. **Privacidad y protección de datos.**
3. **Accesibilidad**
4. **Responsabilidad**
5. **Criterios de calidad**

1. Transparencia

El programa debería ser lo más transparente posible si se pretende que pueda ser considerado de confianza. No debe aparecer ninguna información falsa [8-10]. En este sentido, a continuación se describen una serie de características que contribuyen directamente a una mayor transparencia:

- **Transparencia del proveedor**

El nombre del proveedor (es decir, organización o persona) del programa de prevención basado en tecnologías y su dirección física y / o electrónica se debe mostrar con claridad. Los datos de contacto deben estar disponibles en todo el programa [8, 10, 11, 17].

- **Transparencia de los objetivos**

El objetivo y la finalidad del programa deben estar claramente establecidos [8, 10].

- **Transparencia de la información**

La información contenida en el programa de prevención Basado en Tecnologías debe incluir referencias claras a los autores y los datos de origen. Si es posible, el programa debe proporcionar enlaces a la fuente de la información [8, 15, 17].

- **Transparencia en la financiación**

El programa debe identificar todas las contribuciones (es decir, con fondos, servicios o materiales) de las organizaciones comerciales y no comerciales. El usuario debe ser capaz de distinguir claramente la publicidad y otro material promocional del contenido editorial, educativo o científico. De esta manera el usuario puede decidir si el patrocinador tiene o no un conflicto de intereses con el programa [8, 10, 15, 17, 19, 21, 22] . Por lo tanto, se debe proporcionar información sobre

- **Financiación**

Si la publicidad y patrocinios u otros incentivos financieros son una fuente de financiación para el programa, esto debe ser claramente explícito, y debe ser proporcionada una descripción de la

política publicitaria del programa. Esta descripción debe incluir también los riesgos y las limitaciones del uso de la publicidad como fuente de financiación en el programa TBSP [8 , 10, 15 , 17 , 19] .

o Disposiciones financieras

Debe quedar claro para el usuario que el programa de prevención basado tecnologías (o parte del programa) es gratis y cual no lo es. Si el usuario tiene que pagar por participar en el programa (o parte de este) , las tasas y las políticas de facturación deben ser claramente explicados y los métodos de pago ofrecidos deben ser seguros [8 , 11 , 12 , 19] . También debe quedar claro Si el uso del programa se cubre en su totalidad o en parte por terceros pagadores. Los usuarios del programa deben ser informados acerca de esto desde el inicio, ya que se precisa que den su autorización para el empleo de información privada y sensible acerca de su salud [11] .

- **Población objetivo claramente especificada**

La prevención del suicidio debe ser el objetivo principal de un programa de prevención basado en tecnologías. Dependiendo del tipo de prevención (es decir, universal, seleccionada y/o indicada [23, 24]) la población objetivo del programa debe ser elegida. Entre los ejemplos de personas que puedan constituir una población objetivo se incluyen a las personas en situación de riesgo de conducta suicida (por ejemplo, adolescentes, ancianos), las personas con problemas psicológicos o psiquiátricos, familiares o profesionales que tratan con alguien que se ha suicidado o está en riesgo, y los supervivientes o personas cercanas a alguien que se haya suicidado [10]. En consecuencia, los programas de prevención basados en nuevas tecnologías deben especificar claramente su población objetivo.

2. Privacidad y Protección de datos

Los datos personales¹ obtenidos a partir de un programa de prevención basado en tecnologías pueden ser muy sensibles, y por tanto, deben ser tratados con mucho cuidado, ya que una divulgación inapropiada podría tener consecuencias graves [8]. La privacidad y la confidencialidad de los datos, incluidos los datos personales, deben protegerse por medio del cumplimiento de la legislación sobre protección de datos de referencia para la región o país europeo [10].

En consecuencia, los programas de prevención basados en tecnologías deben proporcionar una descripción de su política de privacidad y protección de datos, y describir claramente el procedimiento y el tiempo de procesamiento, almacenamiento, mantenimiento, difusión y eliminación de datos, incluidos los procedimientos que son invisibles para los usuarios. Es decir, el usuario debe ser informado acerca de los riesgos de seguridad que implica el uso de un programa de prevención basado en tecnologías [8, 11, 15, 17-19, 26].

Por lo tanto, cuando se recogen datos de carácter personal, los programas de prevención basados en nuevas tecnologías deben cumplir con lo siguiente::

- Informar al usuario sobre la recogida y almacenamiento de un determinado tipo de datos, cómo y por quién serán utilizados y si se encriptarán o no los datos. Dar al usuario la opción de dar su consentimiento para la recogida de información de carácter personal y que autorice a que pueda ser utilizada o compartida. Explicar por qué es necesario usar y compartir los datos, y sobre las consecuencias de no dar su consentimiento a ese uso [8, 11, 12, 17].
- Garantizar la prevención del empleo o acceso a los datos personales [8, 17] no autorizado.

¹ Definición de datos personales según lo descrito en la Directiva 95/46/CE: "Los datos personales son toda información sobre una persona física identificada o identificable (el "interesado"); una persona identificable es aquella que puede reconocerse, directa o indirectamente, en particular mediante un número de identificación o uno o más factores específicos de su identidad física, fisiológica, psíquica, económica, cultural o social "[25].

- Dar al usuario la oportunidad de revisar, actualizar o corregir sus datos personales y poder pedir al proveedor del programa de prevención basado en tecnologías la eliminación de sus datos personales de la base de datos [8].
- Disponer de las herramientas que permitan examinar el modo en que utilizan los datos personales, por ejemplo, mediante el uso de "pistas de auditoría" que demuestran dónde, cuándo y por quién se utilizaron los datos [8].

3. Accesibilidad

Cualquier programa de prevención basado en tecnologías debe tener una alta accesibilidad, de modo que esté adaptado para su empleo por la población diana o a la que se dirige, es decir:

- El programa deberá ser sencillo de buscar y encontrar con el empleo de los motores de búsqueda más populares [10].
- Debe aplicarse la Normativa internacional o europea para su desarrollo, siempre que sea posible. Con ello se facilitará la interoperabilidad entre los distintos servicios y proveedores nacionales e internacionales [10].
- Debe estar adaptado para poder ser empleado en diferentes sistemas operativos, con el objetivo de poder ser utilizado en diferentes dispositivos y entornos informáticos.
- Deberá ser fácil de utilizar (usable) para la población diana al que se dirige, por ejemplo, el nivel de lectura se debe adaptar a la población en la que se pretende intervenir [8, 10].

4. Responsabilidad

Los programas de prevención basados en nuevas tecnologías deberían proporcionar al usuario la oportunidad de dar su opinión o poder hacer preguntas sobre el programa. Los datos de contacto deben mostrarse fácil y claramente en todo el programa. Cuando los datos de contacto no deban ser utilizados para buscar ayuda terapéutica cuando se tienen ideas de suicidio, esto debe estar claramente explicado. Igualmente, el programa deberá proporcionar los datos de contacto apropiados para que la persona con riesgo o ideas de suicidio pueda acudir en busca de ayuda psicológica [8-10, 15, 17].

El proveedor del programa debe responsabilizarse de supervisar el cumplimiento de las "directrices éticas para los programas de prevención basados en tecnologías" [8]. Para ello deberá tener en cuenta lo siguiente:

- **Colaboración responsable**

Las organizaciones y sitios web o programas a los que se refiera/muestre enlaces el programa deberán ser de confianza. El programa sólo debería asociarse/linkarse con las organizaciones y los sitios o programas que cumplan con los códigos de ética y de la legislación [8, 10, 19].

- **Política Editorial**

El programa debe describir claramente cómo se ha llevado a cabo la selección de contenidos [8, 10, 17, 19].

5. Criterios de calidad

En general, los programas de prevención basados en nuevas tecnologías pueden tener un efecto positivo y evitar la conducta de suicidio, pero también pueden tener un efecto negativo y favorecerla [7]. En consecuencia, es importante tener en cuenta la calidad y eficacia de este tipo de programas, ya que es de la máxima importancia en cuanto al efecto que tendrán sobre sus usuarios. Para ello es preciso que el proveedor cumpla con los llamados criterios de calidad. El principal objetivo de estos criterios es salvaguardar la calidad de un programa TBSP [8-10].

El proveedor es responsable de la exactitud de la información. En este sentido, se debe dejar claramente explicada la fuente de la información, por ejemplo, si se trata de estudios científicos, de un consenso de expertos, la experiencia profesional, o la opinión personal [8,10]. Especialmente, debe estar claro para el usuario cuando se haga uso de opiniones basadas en la experiencia.

El programa debe proporcionar información basada en la evidencia lo más actualizada y correcta posible, que sea comprensible para la población a la que se dirige. Esta información debería ayudar a los potenciales usuarios a tener una idea clara sobre el programa y su calidad [8] .

1. Información sobre la conducta suicida

Los programas de prevención basados en nuevas tecnologías deberán incluir la **información más actualizada posible y basada en la evidencia** sobre la conducta suicida en la población diana a la que se dirigen. Por ejemplo, factores de riesgo y de protección, señales de alarma, las actitudes hacia las personas suicidas [27,28]. El programa debe señalar claramente cuando la información fue creada, modificada por última vez, o actualizada. El contenido debe ser verificado y evaluado de forma sistemática regularmente [8 ,10, 17]. En este sentido, se deberán tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- Si hay una descripción sobre el origen de la conducta de suicidio, ésta nunca debe centrarse solo en un factor causal sino que debe poner de relieve los **múltiples factores y circunstancias** que intervienen en el comportamiento suicida [29-31].
- Hay que tener en cuenta que ciertos tipos de información pueden tener un efecto positivo, protector, en los usuarios (también conocido como "**efecto Papageno**" [32]), mientras que otros tipos de información pueden tener un efecto negativo y desencadenante (también conocido como "**efecto Werther**" [33]). En consecuencia, **el tipo de información sobre la conducta suicida** que se pueda mostrar en el programa requiere una revisión rigurosa [32] . Por ejemplo, un testimonio en el que se describen las ideas de suicidio que no fueron seguidas por un intento de suicidio o suicidio consumado, puede tener un "efecto Papageno". Sin embargo, una descripción de los métodos de suicidio puede llevar al contagio y puede provocar un "efecto Werther" [3, 34].

2. Enlaces

Teniendo en cuenta la población a la que se vaya a dirigir el programa de prevención basado en tecnología, se deben proporcionar **enlaces específicos**. Tanto enlaces e información de contacto con los servicios de emergencia, como los recursos locales de la comunidad, deben estar disponibles en todo momento, si es posible [11]. En este sentido, se deberán tener en cuenta lo siguiente:

- Cuando el programa puede tener usuarios con riesgo evidente de suicidio, siempre debe haber un llamado "**botón de crisis / alarma**" disponible por si el usuario está en peligro y necesita ayuda inmediata. El "botón de crisis / alarma" debe dar acceso al usuario a una ayuda apropiada, por ejemplo, a una línea telefónica de ayuda en crisis o a los datos de contacto con los servicios médicos de emergencia. El "botón de crisis / alarma" debe ser permanentemente visible, y por lo tanto, fácil de encontrar cuando se utiliza el programa [27].

3. Sin propaganda

Los programas de prevención basados en nuevas tecnologías no deben contener ninguna propaganda del tipo pro-suicidio, anti-vida, o las declaraciones pro-vida, ya que pueden influir en las personas con riesgo de suicidio o desalentarlos. [3; 27].

4. Programas adaptados a la población diana

La presentación, estilo y naturaleza de la información de los programas de prevención basados en nuevas tecnologías debe estar adaptada a la población a la que se dirige [35]. Por ejemplo, un programa destinado a adolescentes debe ser diferente de aquel que tiene por objetivo a las personas mayores. Debe también quedar claro para los usuarios a quien se dirige el programa. Esto les puede ayudar a decidir si el programa puede serles de utilidad o no [10].

Directrices éticas para las formas activas de los programas TBSP

En el contexto de las guías éticas para las modalidades activas de los programas de prevención basados en nuevas tecnologías se incluyen los siguientes apartados:

1. Intervención en crisis
2. Transparencia
3. Privacidad y protección de datos
4. Accesibilidad
5. Responsabilidad
6. Criterios de calidad
7. Consentimiento informado
8. Profesionalismo
9. Oportunidad

1. Intervención en crisis

Al tratar activamente con una población de alto riesgo como las personas con riesgo de suicidio, las situaciones de crisis pueden presentarse a menudo. Por lo tanto, siempre debe haber **un plan de intervención en crisis** disponible, incluyendo, por ejemplo, la información sobre cómo se manejan las emergencias que puedan surgir. En consecuencia, el usuario debe ser informado acerca de este plan [11, 12, 20, 21, 36, 37].

Si lo permite el programa, deberán ser incorporadas medidas especiales y específicas frente a las situaciones de alto riesgo con el fin de responder de forma automática en caso de emergencia. Esto se puede hacer proporcionando al usuario enlaces e información de contacto de los servicios de emergencia y, de ser posible, recursos en la comunidad local. Cuando la información acerca de la identidad del usuario o su paradero esté disponible, esta información se puede utilizar en el momento de manejar una emergencia [11].

2. Transparencia

Ver "Transparencia", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención basados en nuevas tecnologías, p. 16.

3. Privacidad y Protección de datos

Ver "Privacidad y Protección de datos" dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención de nuevas tecnologías, p. 18.

4. Accesibilidad

Ver "Accesibilidad" , dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de los programas de prevención basados en nuevas tecnologías, p. 19.

5. Responsabilidad

Ver "Responsabilidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención basados en nuevas tecnologías, p. 20

6. Criterios de calidad

Ver "Criterios de calidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención en nuevas tecnologías, p. 21

1. Información sobre comportamiento suicida

Ver "Información sobre comportamiento a suicida", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención en nuevas tecnologías, p. 21.

2. Enlaces

Ver 'Enlaces' dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención en nuevas tecnologías, p. 22.

3. Sin Propaganda

Ver 'Sin propaganda' dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención en nuevas tecnologías, p. 23

4. Programas adaptados a la población diana

Ver "Programas adaptados a la población diana" dentro de Calidad, en las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención en nuevas tecnologías, p. 23.

5. Instrumentos basados en la evidencia

Los programas de prevención basados en nuevas tecnologías sólo deben emplear **instrumentos basados en la evidencia** para la prevención del suicidio en la población a la que se dirigen [28]. Estos instrumentos, tales como auto-test, deben estar validados científicamente y haber sido verificados, con el fin de poder proporcionar al usuario los resultados y comentarios de forma objetiva [22].

6. Supervisión por un moderador

Dado que el contenido generado por un determinado usuario del programa puede aumentar el riesgo de conducta de suicidio, como por ejemplo, comentarios sobre posibles métodos para la realización de un suicidio [32, 33], los programas de prevención basados en nuevas tecnologías **deben ser moderados por un profesional experto en salud mental** que esté entrenado específicamente para atender a personas con riesgo de suicidio [38]. De este modo, los mensajes potencialmente peligrosos podrán y deberán ser eliminados, y el usuario deberá también ser informado acerca de la razón por la que se han eliminado dichos mensajes [39,40]. Un programa de prevención de estas características moderado por un profesional de salud mental puede ayudar a reducir el riesgo de interacciones y conductas suicidas [38]. Es decir, limitar los potenciales efectos negativos que pudiera tener el programa de prevención.

7. Sistema de alerta de información sobre el suicidio

El programa debe tener un **"sistema de alerta de información sobre el suicidio"** que pueda detectar rápidamente cualquier información que pueda resultar peligrosa. Este sistema debe permitir al usuario informar al proveedor sobre la existencia en el programa de contenidos alarmantes sobre la conducta de suicidio. De este modo, el proveedor tendrá entonces la posibilidad de reaccionar a tiempo frente a ese contenido, respondiendo a este o, si fuera necesario, eliminándolo [41].

7. Consentimiento Informado

Los programas de prevención basados en nuevas tecnologías deben proporcionar toda la información que una persona razonable necesite para poder tomar la decisión sobre si quiere utilizar o no el programa. La información debe ser acerca de su funcionamiento, quién va a interactuar con el usuario, cuales son los posibles beneficios y riesgos/limitaciones de ese uso, qué garantías o

salvaguardas se están utilizando para paliar los posibles riesgos/limitaciones del programa, y qué otras opciones están disponibles para el usuario más allá del programa de prevención basado en nuevas tecnologías que se ofrece. La información debe estar en un formato que el potencial usuario pueda comprender fácilmente y no debe, de ninguna manera, condicionar o dirigir al usuario a hacer una elección concreta [12, 16, 18]. El usuario siempre debe poder retirar fácilmente su consentimiento cuando quiera dejar de utilizar el programa TBSP [26]. En este sentido las cuestiones que deben abordarse en relación con el consentimiento informado deben ser las siguientes:

- **El funcionamiento**

Se debe explicar al usuario el funcionamiento del programa de prevención basado en nuevas tecnologías, como por ejemplo, cómo manejarlo, lo que se puede ofrecer al usuario, lo que se puede esperar, y cuáles son los tiempos [12]. Temas particularmente relevantes son:

- *Posibles malentendidos*

El usuario debe ser informado de que los malentendidos pueden ocurrir cuando se utiliza un programa de prevención basado en nuevas tecnologías frente a otro programa tradicional del tipo cara a cara, debido a la falta de señales no verbales [11, 12]. En este sentido, el profesional debe estar pendiente y alerta sobre estos posibles malentendidos y tratar de evitarlos [11].

- *Tiempo de Respuesta*

Si la comunicación es asíncrona, el usuario debe ser consciente de que el tiempo de respuesta es generalmente más largo que en el contacto cara a cara. El usuario debe ser informado sobre la duración que puede llegar a tener en obtener una respuesta [12, 39]

- Privacidad del profesional.

El profesional tiene también derecho a su privacidad. Si el usuario realiza copias o grabaciones de sus comunicaciones, el profesional puede también pedir al usuario la restricción del uso de esas copias o grabaciones [12].

- **El profesional**

El profesional debe cumplir con los mismos códigos éticos que regirían su profesión en las relaciones cara a cara (actividad tradicional).

El usuario debe recibir información suficiente sobre el profesional para decidir si quiere o no hacer uso de sus servicios [12].

- Curriculum vitae.

El profesional debe cumplir con todos los requisitos legales necesarios para realizar su actividad [8]. Estos requisitos pueden depender de la ubicación del profesional e incluso la ubicación del usuario [12; 42]. En este sentido, los usuarios deben ser informados acerca de por ejemplo las cualificaciones básicas del profesional: estudios, licenciatura y certificaciones. También puede ser añadida información sobre cualquier formación o capacitación especial o experiencia [11, 12, 15, 17, 43]. Es decir, se debe informar sobre el Curriculum vitae del profesional.

- **Potenciales beneficios**

El usuario debe recibir información sobre los potenciales beneficios del programa. Si es posible, los beneficios potenciales deben ser respaldados por una apropiada información basada en la evidencia disponible, tal y como se describe en el apartado de "Transparencia" [12; 17; 36].

- **Los potenciales riesgos y limitaciones**

El usuario debe ser informado acerca de los riesgos potenciales y las limitaciones inherentes al programa de prevención basado en nuevas tecnologías. Algunos riesgos y limitaciones potenciales pueden conducir a la violación de la confidencialidad, como por ejemplo, cuando son atacados y pirateados correos electrónicos o chats. El usuario debe ser advertido explícitamente de que el programa complementa el contacto cara a cara, pero no puede sustituirlo. El usuario también debe ser informado sobre la no conveniencia de emplear el programa en determinadas situaciones o condiciones en las que debería buscar ayuda más directa, en forma de un contacto cara a cara. Una lista de estas situaciones o condiciones debe estar disponible para el usuario. Por ejemplo, una situación en la que el

usuario debe buscar ayuda cara a cara es cuando se ha realizado daño a sí mismo o cuando ha ingerido una cantidad excesiva de medicamentos y / o drogas [8, 10, 12, 17, 36].

- **Salvaguardas y garantías/medidas de seguridad**

Algunos posibles riesgos pueden reducirse o incluso eliminarse si el profesional o el usuario tiene en cuenta determinadas medidas de seguridad. El usuario debe ser informado acerca de tales garantías de forma adecuada. Ejemplos de salvaguardas y medidas de seguridad son: el uso de una contraseña para acceder al programa, el encriptado para codificar mensajes, y solicitar un "acuse de recibo" cuando se envía un correo electrónico [12].

- **Alternativas al programa de prevención basado en nuevas tecnologías**

El usuario debe recibir información acerca de las alternativas reales al empleo del programa de prevención basado en nuevas tecnologías, tanto dentro como fuera de internet. Siempre que sea posible, el usuario deberá ser informado acerca de los servicios locales [8, 12].

8. Profesionalismo

Se deben cumplir con las mismas leyes, normas y códigos éticos que rigen la profesión en las relaciones cara a cara (modelo tradicional) (Childress, 2000; International Society for Mental Health Online, 2000; Rippen & Risk, 2000). En este sentido, se deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Requisitos para la práctica**

Los proveedores y los profesionales de este tipo de programas deben tener los conocimientos apropiados, habilidades y capacitaciones adecuadas para crear, administrar y ejecutar el programa [11, 12]. Deben ser conscientes de los riesgos y beneficios potenciales de los programas de prevención basados en nuevas tecnologías [7].

- **Los límites de las competencias**

Si el profesional no considera inadecuado tratar un cierto problema cara a cara, no debería tampoco tratarlo on-line (en línea) [12, 26, 36].

9. Oportunidad

Las personas con ideas suicidas son vulnerables y, por tanto, requieren una protección especial. Cuando un programa está orientado hacia un determinado grupo de población o de edad, no deber ser aplicado a todos los usuarios [21]. Por lo tanto, es importante aplicar un cribado (“screening”) adecuado y/ o procedimiento de admisión previo al inicio del programa de prevención basado en tecnología con el fin de asegurarse que el programa es adecuado para el usuario [43; 44]. Esto ayudará a evaluar si las necesidades del usuario se alcanzarán mediante el uso del programa [11, 12, 45]. Si el programa demuestra ser inadecuado para el usuario, este debe ser derivado a otro tipo de ayuda que sea más útil, por ejemplo, una línea telefónica de ayuda en crisis, otro programa de prevención basado en tecnologías, o proporcionar los datos de contacto de los servicios médicos de emergencia.

En consecuencia, se recomienda la incorporación de un procedimiento de cribado/detección y /o admisión, pero no tiene que ser obligatoria. Todo ello permitiría limitar el que ciertos usuarios potenciales puedan hacer uso del programa de forma incorrecta.

Directrices éticas para las modalidades interactivas de los programas de prevención basados en nuevas tecnologías.

En el contexto de las guías éticas para las modalidades interactivas de los programas de prevención basados en nuevas tecnologías se incluyen los siguientes apartados:

1. Intervención en crisis
2. Transparencia
3. Privacidad y protección de datos
4. Accesibilidad
5. Responsabilidad
6. Criterios de calidad
7. Consentimiento informado
8. Profesionalismo
9. Oportunidad

1. Intervención en crisis

Cuando se trata de aplicar la modalidad interactiva con una población de alto riesgo, como las personas con riesgo de suicidio, a menudo se pueden presentar situaciones de crisis. Por lo tanto, siempre debe haber un **plan de intervención en crisis** disponible, como por ejemplo, el relativo a cómo se debe actuar ante las emergencias que puedan surgir. El usuario debe ser informado acerca de este plan antes del inicio del programa interactivo y, si es necesario, el plan debe ser discutido con el propio usuario [11, 12, 20, 21, 36, 37].

Si lo permite el programa, se deben incorporar medidas de seguridad o garantías frente a posibles situaciones de alto riesgo, para responder bien de forma automática, ya sea en caso de emergencia, proporcionando al usuario enlaces e información de contacto con los servicios de urgencias y emergencias y, de ser posible, recursos en la comunidad local; o bien para alertar al médico en caso de urgencia y así permitir una respuesta apropiada. Cuando la información acerca de la identidad del usuario o su paradero esté disponible, esta información se puede utilizar para manejar esa emergencia [11].

2. Transparencia

Ver "Transparencia", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención basados en tecnologías, p.16.

3. Privacidad y Protección de datos

Ver "Privacidad y protección de datos", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención basados en tecnologías, p.18.

4. Accesibilidad

Ver "Accesibilidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención basados en tecnologías, p. 19.

5. Responsabilidad

Ver "Responsabilidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención basados en tecnologías, p. 20.

6. Criterios de calidad

Ver "Criterios de calidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención basados en tecnologías, p. 21.

1. Información sobre el comportamiento suicida.

Ver 'Información sobre el comportamiento suicida' dentro de Calidad, en las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención basados en tecnologías, p. 21.

2. Enlaces

Ver "Enlaces", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención basados en tecnologías, p. 22.

3. Sin Propaganda

Ver "Sin propaganda" dentro de Calidad, en las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención basados en tecnologías, p. 23.

4. Programas adaptados a la población diana

Ver "Programas adaptados a la población diana" dentro de Calidad, en las directrices éticas para las modalidades pasivas de programas de prevención basados en tecnologías, p. 23.

5. Instrumentos basados en la evidencia

Ver 'Instrumentos basados en la evidencia' dentro de Calidad, en las directrices éticas para las modalidades activas de programas de prevención basados en tecnologías, p.27.

6. Supervisión por un moderador

Ver “Supervisión por un moderador” dentro de Calidad, en las directrices éticas para las modalidades activas de programas de prevención basados en tecnologías, p. 28

7. Sistema de alertas de información sobre el suicidio

Ver “Sistema de alertas de información sobre el suicidio” dentro de Calidad, en las directrices éticas para las modalidades activas de programas de prevención basados en tecnologías, p. 28.

8. Profesionales cualificados

Sólo los profesionales cualificados y con una formación adecuada deben interactuar con las personas que tienen problemas de salud mental. El nivel de formación y titulación exigido a un profesional que trabaje en este tipo de programas va a depender del objetivo del mismo:

- Cuando el programa se dirige a una primera atención, por ejemplo ayudando a una persona con ideas de suicidio a superar una situación de crisis, el profesional debe estar adecuadamente formado en el trato con personas con riesgo de suicidio y en el manejo de las tecnologías con las cuales se lleva a cabo la intervención. [11].
- Cuando el propósito del programa es proporcionar terapia, el profesional debe tener un título universitario en Psicología Clínica o Psiquiatría, preferiblemente con una formación en psicoterapia, y debe estar formado específicamente sobre el trato a personas con riesgo de suicidio, así como en el manejo de las tecnologías por medio de las cuales se llevará a cabo la intervención [11].

En la formación sobre cómo y de qué manera tratar a las personas con ideas suicidas, deben ser resaltados los siguientes aspectos [46]:

1. Tomar en consideración todas las ideas suicidas.
2. Preguntar directamente sobre si tiene pensamientos suicidas o si piensa que puede estar teniéndolos.
3. Preguntar a una persona acerca del suicidio no desencadenará pensamientos de suicidio ni aumentará el riesgo de suicidio.
4. Cuando se afronte una crisis con riesgo de suicidio, se debe intentar parecer seguro de lo que se hace.
5. Dejar claros que pensamientos suicidas podrían estar vinculados a un problema de salud mental tratable, como la depresión, el trastorno bipolar o el abuso de sustancias.
6. Tener en mente las señales de alarma o factores de riesgo de suicidio
7. Preguntar al usuario directamente si:
 - Tiene planes de suicidio
 - Sabe cómo lo haría
 - Ha tomado medidas para llevar a cabo un plan mediante la obtención de los medios necesarios para poner fin a su vida
 - Si ha elegido una fecha u hora en la que terminar con su vida
8. Tratar de determinar si el usuario consume alcohol, las drogas y / o medicamentos
9. Preguntar a la persona si ha tratado de quitarse la vida en el pasado.
10. Hacer sentir a la persona que se preocupa por él/ella, por ejemplo, expresando empatía.
11. Dejar que la persona hable sobre por qué se quiere morir, hablando acerca de su/sus razones.
12. Recordar al usuario que el suicidio no es la única solución y que él /ella no tiene por qué llevar a cabo sus pensamientos suicidas o sus planes.
13. Pedir a la persona que piense acerca de sus razones para vivir , ya que esto puede disminuir sus sentimientos de desesperanza [47, 48]
14. Tratar de averiguar lo que ayudó a que el usuario en el pasado pudiera superar sus pensamientos de suicidio, y que todavía puede usar como mecanismo de ayuda.
15. Estimular a la persona para hablar de su/sus pensamientos y sentimientos.
16. No utilice las amenazas o la culpa para evitar que el usuario se quite la vida
17. Proporcionar contactos de seguridad cuando sea necesario
18. Animar a la persona a obtener ayuda profesional directamente (cara a cara).
19. Si es posible, ponerse en contacto con los servicios de urgencias cuando la persona pudiera ser una amenaza para sí mismo o para otros.
20. No permitir que se mantengan los planes suicidas de la persona en secreto.
21. Siempre involucrar a la persona con riesgo de suicidio si se está planteando avisar a alguien sobre su crisis de suicidio.

7. Consentimiento informado

Ver "Consentimiento informado", dentro de las directrices éticas para las modalidades activas de programas de prevención basados en tecnologías, p.28.

8. Profesionalismo

Ver "Profesionalismo", dentro de las directrices éticas para las modalidades activas de programas de prevención basados en tecnologías, p. 31.

9. Oportunidad

Ver "Oportunidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades activas de programas de prevención basados en tecnologías, p. 32.

Conclusión

Las "directrices éticas para los programas de prevención basados en nuevas tecnología se diferencia en tres diferentes modalidades, es decir, pasiva, activa e interactiva. En la figura 3, se dispone de un esquema que resume las principales directrices a cumplir por cada una de las modalidades.



Figura 3. Directrices éticas para los diferentes programas de prevención basados en nuevas tecnologías

Como se puede ver en la figura 3, todas las modalidades de programas de prevención basados en nuevas tecnologías tienen unas directrices éticas referidas a criterios de calidad. Sin embargo, se diferencian en el número de criterios de calidad que deben cumplir. Cuanto más activa sea la modalidad del programa, más son los criterios de calidad que debe cumplir. La Figura 4 resume los diferentes aspectos relativos a los criterios de calidad.

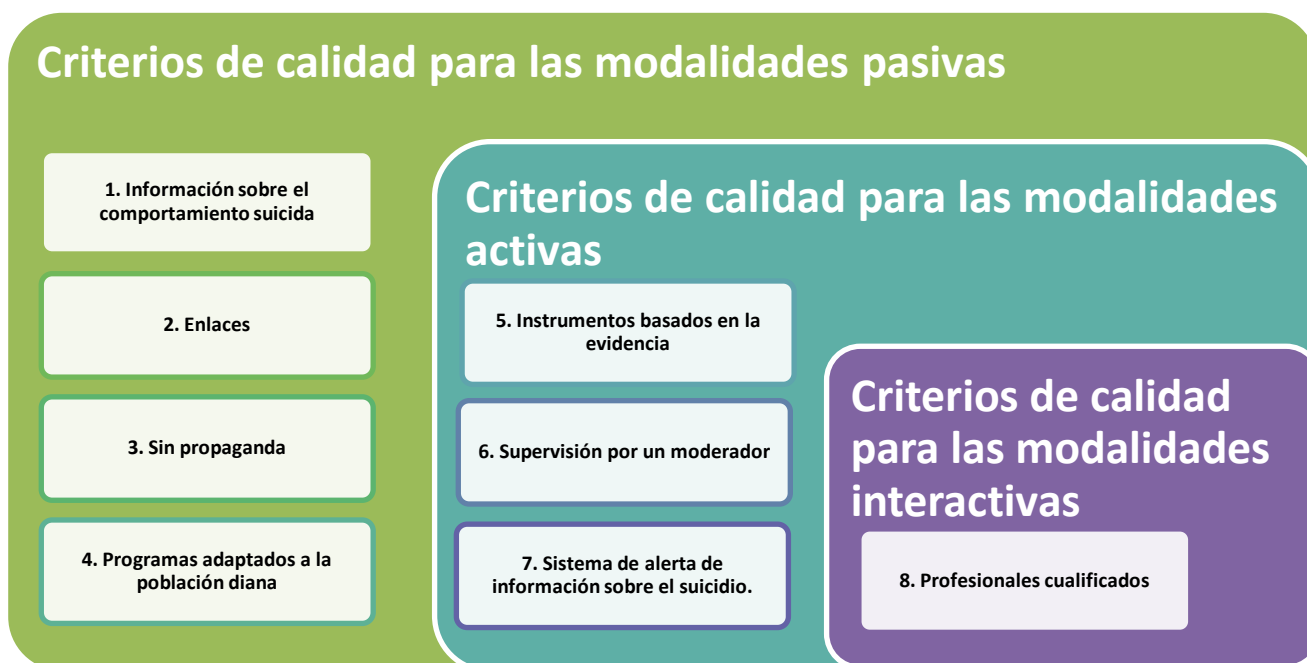


Figura 4. Criterios de calidad para las diferentes modalidades de programas preventivos basados en nuevas tecnologías

Las "directrices éticas para los programas de prevención basados en nuevas tecnologías" deben utilizarse como una herramienta no exhaustiva en el camino hacia programas de alto nivel de excelencia y elevado nivel de confianza y seguridad, en un contexto cambiante y dinámico.

Apéndice

Contribuyentes al desarrollo de las “Directrices éticas para los programas de prevención Basados en Nuevas Tecnologías”

Miembros del Comité Científico del proyecto Euregenas:

- Kees van Heeringen - Unit for Suicide Research, Institute for Neuroscience, University Hospital Ghent, Belgium.
- Lorenzo Rampazzo - Mental Health Service of Veneto Region, Italia.
- Ella Arensman - National Suicide Research Foundation, National Health Services Research Institute, University College Cork, Ireland.
- Jorge Cervilla Ballesteros - Hospital U. San Cecilio, Unidad de Hospitalización de Salud Mental, España.
- Timo Partonen - Mood, Depression and Suicidal Behavior Unit, National Institute for Health and Welfare, Finland.
- Diego De Leo - Australian Institute for Suicide Research and Prevention National Centre of Excellence in Suicide Prevention, Australia

Representación de los componentes de proyecto Euregenas:

- Unit for Suicide Research, Ghent University (UGent), Region Flanders – Bélgica.
- Flemish Agency for Care and Health (VAZG), Region Flanders – Bélgica.
- University Hospital Verona (AOUI-VR), Region Veneto – Italia.
- Fundación Intras (INTRAS), Región Castilla y León – España.
- Fundación Progreso y Salud (FPS), Región Andalucía – España.
- Servicio Andaluz de Salud (SAS), Región Andalucía – España
- Mikkeli University of Applied Sciences (MAMK), Region South Savo – Finlandia.
- National Institute for Health and Welfare (THL), Region Lapland – Finlandia.

- Regional Public Health Institute Maribor (RPHI MB), Region Maribor – Eslovenia
- Region Västra Götaland (VGR), Region Västra Götaland – Suecia.
- Research Association Public Health, Technische Universität Dresden (TUD), Region Saxony – Alemania.
- Romtens Foundation (Romtens), Region Bucuresti-Ilfov – Rumania.
- De Leo Fund (DeLeoFund) – Italia.
- Cumbria County Council (CCC) – Reino Unido

Referencias

1. World Health Organization. *Mental health. Facts and figures. Suicide*. Retrieved 14 May 2013. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/facts-and-figures>
2. Barak, A. (2007). Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project report. *Computers in Human Behavior, 23*, 971-984.
3. Recupero, P. R., Harms, S. E., & Noble, J. M. (2008). Googling suicide: Surfing for suicide information on the Internet. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 878-888.
4. Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukophadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox. *American psychologist, 53*, 1017-1031.
5. Durkee, T., Hadlaczky, G., Westerlund, M., & Carli, V. (2011). Internet pathways in suicidality: A review of the evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 8*, 3938-3952.
6. Lester, D. (2008). The use of the internet for counselling the suicidal individual: possibilities and drawbacks. *OMEGA, 58*, 233-250.
7. Alao, A. O., Soderberg, M., Pohl, E. L., & Alao, A. L. (2006). Cybersuicide: Review of the role of the internet on suicide. *CyberPsychology & Behavior, 9*, 489-493.
8. Rippen, H., & Risk, A. (2000). e-Health code of ethics (May 24). *Journal of Medical Internet Research, 2*, e9.
9. Mack, J. (2004). Beyond HIPAA: ethics in the e-health arena. *Healthcare Executive, 19*, 32-33.
10. Commission of the European Communities, Brussels. (2002). eEurope 2002: Quality criteria for health related websites. *Journal of Medical Internet Research, 4*, e15.
11. Hilgart, M., Thorndike, F. P., Pardo, J., & Ritterband, L. M. (2012). Ethical issues of web-based interventions and online therapy. In M. M. Leach, M. J. Stevens, G. Lindsay, A. Ferrero & Y. Korkut (Eds.), *The Oxford handbook of international psychological ethics* (pp. 161-175). Oxford: Oxford University Press, Inc.
12. International Society for Mental Health Online. (2000). *Suggested principles for the online provision of mental health services*. Retrieved from <http://www.ismho.org/suggestions.asp>

13. Euregenas. (2013). *Online library* Retrieved 29/04/2013. Retrieved from <http://www.euregenas.eu/online-library/>
14. Bellmann, M., Rößler, M., & Scharfe, J. (2013). *Needs assessment report. WP 4*. Unpublished report, Euregenas.
15. Health On the Net Foundation. (1997). *The HON code of conduct for medical and health web sites (HONcode)*. Retrieved from <http://www.hon.ch/HONcode/Patients/Conduct.html>
16. European Health Telematics Association. (2012). *ETHICAL principles for eHealth: Conclusions from the consultation of the ethics experts around the globe. A briefing paper*. Retrieved from <http://www.ehtel.org/publications/ehel-briefing-papers/ETHICAL-briefing-principles-for-ehealth/view>
17. Kemper, D. W. (2001). Hi-Ethics: Though principles for earning consumer trust. In J. Mack (Ed.), *The new frontier: Exploring e-health ethics* (pp. 145-150): URAC/Internet Healthcare Coalition.
18. American Psychological Association, Association of State and Provincial Psychological Boards, & American Psychological Association Insurance Trust. (2012). *Guidelines for the practice of telepsychology*. Draft.
19. Winker, M. A., Flanagan, A., Chi-Lum, B., White, J., Andrews, K., Kennett, R. L., DeAngelis, C. D., & Musacchio, R. A. (2000). Guidelines for medical and health information sites on the internet. Principles governing AMA web sites. *JAMA*, 283, 1600-1606.
20. Schalken, F. (2010). *Handboek online hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
21. Miller, K. M., Cugley, J. A., & Ministerial Council for Suicide Prevention. (2004). *Using the Internet for suicide prevention: A guide*. Perth.
22. ZegelGezond. (2012). *Zelfcertificering* Retrieved 22 March 2013. Retrieved from www.zegelgezond.nl
23. Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35, 848-853.
24. Dumon, E., & Portzky, G. (2013). *General guidelines on suicide prevention*. Euregenas: Unit for Suicide Research, Ghent University.
25. Directive 95/46/EC of the European Parliament and of the Council of 24 October 1995 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data (1995). *Official Journal L*, 281, 0031-0050.

26. The European Federation of Professional Psychologists Associations. (2005). *Meta-code of ethics*. Retrieved from <http://www.efpa.eu/ethics/ethical-codes>
27. van Ballegooijen, W., Van Spijker, B. A. J., & Kerkhof, A. J. F. M. (2009). De kwaliteit van online suïcidepreventie in Nederland en Vlaanderen in 2007. [The quality of online suicide prevention in the Netherlands and Flanders in 2007]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *51*, 117-122.
28. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., & Marusic, A. (2005). Suicide prevention strategies. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, *294*, 2064-2074.
29. Portzky, G., & van Heeringen, C. (2001). *Het stillen van de pijn*. Diegem: Kluwer.
30. van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*.
31. D'Hulster, N., & Van Heeringen, C. (2006). Cybersuicide. De rol van het internet bij suïcidaal gedrag. [Cyber-suicide. The role of the internet in suicidal behaviour.]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *48*, 803.
32. Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B., & Sonneck, G. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *British Journal of Psychiatry*, *197*, 234-243.
33. Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review* 340-354.
34. Biddle, L., Gunnell, D., Owen-Smith, A., Potokar, J., Longson, D., Hawton, K., Kapur, N., & Donovan, J. (2012). Information sources used by the suicidal to inform choice of method. *Journal of Affective Disorders*, *136*, 702-709.
35. Ybarra, M. L., & Eaton, W. W. (2005). Internet-based mental health interventions. *Mental Health Services Research*, *7*, 75-87.
36. Childress, C. A. (2000). Ethical issues in providing online psychotherapeutic interventions. *Journal of Medical Internet Research*, *2*, e5.
37. American Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Retrieved from <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
38. Gilat, I., & Shahar, G. (2007). Emotional first aid for a suicide crisis: Comparison between telephonic hotline and internet. *Psychiatry*, *70*, 12-18.

39. Luxton, D. D., June, J. D., & Kinn, J. T. (2011). Technology-based suicide prevention: Current applications and future directions. *Telemedicine and e-Health, 17*, 50-54.
40. Dunlop, S. M., More, E., & Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the Internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 1073-1080.
41. Luxton, D. D., June, J. D., & Fairall, J. M. (2012). Social media and suicide: A public health perspective. *American Journal of Public Health, 102*, S195-S200.
42. Harris, E., & Younggren, J. N. (2011). Risk management in the digital world. *Professional Psychology: Research and Practice, 42*, 412-418.
43. Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The practical aspects of online counseling ethics, training, technology, and competency. *The Counseling Psychologist, 33*, 776-818.
44. Manhal-Baugus, M. (2001). E-therapy: Practical, ethical, and legal issues. *CyberPsychology & Behavior, 4*, 551-563.
45. Sampson, J. P., Kolodinsky, R. W., & Greeno, B. P. (1997). Counseling on the information highway: Future possibilities and potential problems. *Journal of Counseling & Development, 75*, 203-212.
46. Jorm, A. F., Fischer, J. A., & Oh, E. (2010). Effect of feedback on the quality of suicide prevention websites: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 197*, 73-74.
47. Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S., & Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1084-1088.
48. Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of consulting and clinical psychology, 51*, 276.