

Directrices Éticas

para

Programas de Prevención del Suicidio basados en las Nuevas Tecnologías

Eva De Jaegere & Prof. Gwendolyn Portzky, Universidad de Gante
Marjolijn van den Berg & Solvejg Wallyn, Agencia Flamenca de salud y cuidados



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.





Índice

RESUMEN EJECUTIVO	5
1. INTRODUCCIÓN	7
2. DIRECTRICES ÉTICAS PARA LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO BASADOS EN LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS	13
<ul style="list-style-type: none">• Método• Posibles usuarios de programas basados en nuevas tecnologías• Estructura	
3. DIRECTRICES ÉTICAS PARA LAS MODALIDADES PASIVAS	18
<ul style="list-style-type: none">• Transparencia• Privacidad y protección de datos• Accesibilidad• Responsabilidad• Criterios de calidad	
4. DIRECTRICES ÉTICAS PARA LAS MODALIDADES ACTIVAS	28
<ul style="list-style-type: none">• Intervención en crisis• Transparencia• Privacidad y protección de datos• Accesibilidad• Responsabilidad• Criterios de calidad• Consentimiento informado• Profesionalismo• Oportunidad	

5. DIRECTRICES ÉTICAS PARA LAS MODALIDADES INTERACTIVAS	38
<ul style="list-style-type: none">• Intervención en crisis• Transparencia• Privacidad y protección de datos• Accesibilidad• Responsabilidad• Criterios de calidad• Consentimiento informado• Profesionalismo• Oportunidad	
6. CONCLUSIÓN	46
7. APÉNDICE	48
8. BIBLIOGRAFÍA	50

Resumen Ejecutivo

Las **Directrices éticas para los programas de prevención del suicidio basados en las nuevas tecnologías de la información y comunicación (Programas PSTIC)** remarcan qué líneas éticas de actuación deberían ser consideradas cuando se crea o se supervisa un programa de este tipo. Forman parte del **paquete de trabajo o Work Package (WP) 5 “Desarrollo de un modelo electrónico conceptual”** del proyecto **“European Regions Enforcing Actions Against Suicide” (Euregenas)** (Grant Agreement N°20101203).

La elaboración de estas Directrices éticas 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.

Las Directrices se dividen en tres secciones dependiendo de los diferentes tipos y modalidades de Programas PSTIC: formas pasivas, activas e interactivas (ver Figura 1). Cuanto más activas sean las formas de los Programas PSTIC, a más directrices éticas deberían estar adheridos.

En la traducción al castellano han participado la Dra. Cristina Blanco; Dr. Juan L. Muñoz; Dra. Mercedes Pérez López y Dr. Manuel A. Franco Martín por parte de la región de Castilla y León (Fundación Intras y Sacyl -Complejo Asistencial de Zamora-); D^a. Sonsoles Sánchez-Muros Lozano (Fundación Progreso y Salud, Andalucía); el Dr. José Daniel Gutiérrez Castillo y D^a Evelyn Huizing (Servicio Andaluz de Salud)



Figura 1. Diferentes formas de programas Preventivos Basados en 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.

1. Introducción

El proyecto Euregenas

El suicidio es un grave problema de salud pública en Europa estimándose que el promedio de la tasa de prevalencia de suicidio es de un 13.9 por 100.000 [1]. El proyecto **Euregenas** (Grant Agreement N° 20101203), “**European Regions Enforcing Actions against Suicide**” financiado por la Agencia Ejecutiva de Sanidad y Consumo (EAHC) de la Comisión Europea, **tiene como objetivo contribuir a la prevención del suicidio** (ideación suicida, intentos de suicidio y suicidios consumados) en Europa, a través del desarrollo y la implementación de estrategias para la prevención del suicidio a nivel regional, que 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 con una gran variedad de experiencias en la prevención del suicidio.

1. Hospital Universitario Verona (**AOUI-VR**)-Italia
2. Agencia Flamenca de salud y cuidados (**VAZG**)- Bélgica
3. Región Västra Götaland (**VGR**)- Suecia
4. Fundación Romtens (**ROMTENS**)- Rumanía
5. Instituto Nacional de la Salud y el Bienestar (**THL**)- Finlandia
6. Unidad para la investigación sobre suicidio, Universidad de Gante (**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 Técnica de Dresde (**TUD**)-Alemania
12. Instituto Regional de Salud Pública Maribor (**RPHIMB**)- Eslovenia
13. Suecia Oeste (**WS**)- Suecia
14. Fundación De Leo (**DELEOFUND**)-Italia
15. Consejo del Condado de Cumbria (**CCC**)- Reino Unido

En línea con el “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/>), el proyecto promueve 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. Reducir/Eliminar el estigma 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 implicado 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-salud mental orientado a la prevención del suicidio (pagina web, instrumento electrónico).



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

El proyecto aspira a cumplir los objetivos específicos mediante la ejecución de una serie de paquetes de trabajo (Work Packages -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 (ver Figura 2).

Figura 2. Los principales Paquetes de Trabajo (WP) del proyecto Euregenas



Directrices Éticas para los Programas PSTIC

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 de la información y comunicación (Programas PSTIC) 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 PSTIC 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, podrían recibir de esta manera ayuda profesional a través de los Programas PSTIC [2;3].

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” [4; 5]. 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 PSTIC necesitan conocer qué elementos tienen que ser tenidos en cuenta a la hora de desarrollar y ofrecer un programa de estas características, y los usuarios deben conocer en qué programas pueden confiar [7].

En consecuencia, **“las Directrices éticas para los programas de prevención basados en nuevas tecnologías”** se han desarrollado dentro del ámbito del WP 5 “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 Europa. Las "Directrices éticas para los programas de prevención del suicidio 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 PSTIC para que sea seguro y fiable, y proteger al usuario, de modo que pueda utilizar el programa con confianza y un riesgo mínimo [8-10].

2. Directrices Éticas para los Programas PSTIC

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 Unión Europea. Sin embargo, tratar con problemas éticos también significa usar el sentido común, y para ello el establecimiento de unas directrices éticas puede constituir una herramienta adecuada.

Cuando se desarrolla un Programa PSTIC, el proveedor tiene que cumplir con las leyes y regulaciones del estado, entidad regional, nacional o internacional existentes, que se aplican al Programa PSTIC (por ejemplo, leyes sobre si enviar o no a los servicios de emergencia a un usuario/a que es una amenaza para él o ella misma) [11, 12]. Por lo tanto, las “Directrices éticas para los Programas PSTIC” necesitan ser aplicadas en el marco a esas leyes y reglamentos, sin reemplazar la legislación existente [10]. Las “Directrices éticas para los Programas PSTIC” 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 estas Directrices éticas se han utilizado las siguientes fuentes:

1. Revisión de la literatura

La revisión de la literatura abarca la literatura reciente sobre directrices éticas y los criterios de calidad para aplicaciones en salud mental y en la prevención del suicidio, en particular la prevención del suicidio online. La revisión de la literatura se basa en la literatura regional (de 2000 a 2013) de la Biblioteca Online 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 PSTIC, están integrados en el apartado de '*Ethical guidelines for TBSP programmes*' [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],
- El Código ético de e-Salud [8],
- El 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 páginas Web de la Asociación Médica Americana (AMA) [19].

4. Comentarios de los expertos de prevención del suicidio

El proceso de revisión de las “Directrices éticas para los Programas PSTIC” 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 tenidos en cuenta y recogidos en el texto. Posteriormente, se presentó el texto revisado al Consejo Científico del proyecto Euregenas. De su revisión ha resultado la versión final de las “Directrices éticas para los Programas PSTIC”.

Posibles usuarios de las Guías Éticas para los Programas PSTIC

Las “Directrices éticas para los Programas PSTIC” tienen por objeto llegar a los proveedores de este tipo de programas. Al adherirse a estas Directrices éticas, los proveedores o entidades desarrolladoras de este tipo de programas garantizan la protección de sus usuarios, ofreciendo Programas PSTIC de confianza.

Estructura

Las “Directrices éticas para los Programas PSTIC” se organizan en función de tres modalidades diferentes, es decir, formas pasivas, activas e interactivas (ver figura 2). Un Programa PSTIC puede incluir elementos de una o más modalidades.

Las modalidades pasivas de Programas PSTIC sólo permiten a un usuario leer o ver los contenidos del programa. Los ejemplos de formas pasivas incluyen información estadística, consejos y “Preguntas frecuentes” (*Frequently Asked Questions-FAQ*). Las formas pasivas de Programas PSTIC no solicitan la participación activa por parte del usuario, requieren poco esfuerzo y como 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 bajo. Desde una perspectiva técnica las modalidades pasivas son relativamente simples, pero puede llevar algún tiempo desarrollarlas [20].

Las modalidades activas de Programas PSTIC se fundamentan en la participación activa por parte del usuario, por lo que requieren más esfuerzo que las modalidades pasivas. Este tipo de modalidad incluye los auto-test, los robots para chatear, y los 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, requiere mucho tiempo. [20].

Las modalidades interactivas de Programas PSTIC se caracterizan por la interacción entre los usuarios (y profesionales). Ejemplos de este tipo de modalidades interactivas son foros, chats uno-a-uno, grupos de Chat y el tratamiento online. Las formas interactivas tienen un umbral de acceso más alto para los usuarios, ya que requieren un esfuerzo considerable por parte de la persona, 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 activa sea la modalidad de un Programa PSTIC, mayor será el umbral de acceso, el programa se vuelve más complejo y se aumentan los riesgos para la seguridad.



Figura 3. Diferentes formas de programas Preventivos Basados en Nuevas Tecnologías.

3. Directrices Éticas para las modalidades pasivas de los Programas PSTIC

Dentro de las Directrices éticas para las modalidades pasivas de los Programas PSTIC 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 PSTIC 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 debe incluir referencias claras a los autores y el origen de los datos. Si es posible, el programa debe proporcionar enlaces a las fuentes 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 públicas o privadas. 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 explícito, y se debe proporcionar 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 PSTIC [8, 10, 15, 17, 19].

- *Disposiciones financieras*

Debe quedar claro para el usuario qué Programa PSTIC (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 explicadas 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 PSTIC. Dependiendo del tipo de prevención (es decir, universal, seleccionada y/o indicada [23, 24]), la población diana del programa debe ser elegida. Entre los ejemplos de personas que puedan constituir una población diana se incluyen a las personas en situación de riesgo de conducta suicida (por ejemplo, adolescentes, personas mayores), 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 del suicidio (personas cercanas a alguien que se haya suicidado) [10]. En consecuencia, los Programas PSTIC deben especificar claramente a qué población o grupo se dirigen.



2. Privacidad y Protección de datos

Los datos personales¹ obtenidos a partir de un Programa PSTIC 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 PSTIC 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 PSTIC [8, 11, 15, 17-19, 26].

Por lo tanto, cuando se recogen datos de carácter personal, los Programas PSTIC 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

¹Definición 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 (o la) "interesado/a"); una persona identificable es aquella que puede reconocerse, directa o indirectamente, particularmente mediante un número de identificación o uno o más factores específicos de su identidad física, fisiológica, psíquica, económica, cultural o social "[25].

y compartir los datos, y sobre las consecuencias de no dar su consentimiento a ese uso [8, 11, 12, 17].

- Prevenir el uso o acceso no autorizado a los datos personales [8, 17]
- Dar al usuario la oportunidad de revisar, actualizar o corregir sus datos personales y poder pedir al proveedor del Programa PSTIC 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 PSTIC 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 ser encontrado 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 para la población diana a la 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 PSTIC deberían proporcionar al usuario la oportunidad de dar su opinión o hacer preguntas sobre el programa. Los datos de contacto deben ser visibles a lo largo de todo el programa. Si el contacto no debe ser utilizado para obtener ayuda cuando la persona se siente en riesgo de suicidio, esto debe ser claramente explicado y se debe proporcionar información de contacto adecuada para personas en riesgo de suicidio a lo largo de todo el programa [8-10, 15, 17].

El proveedor del programa debe responsabilizarse de supervisar el cumplimiento de las "Directrices éticas para los Programas PSTIC" [8]. Para ello deberá tener en cuenta lo siguiente:

- **Colaboración responsable**

Las organizaciones y páginas web o programas a los que se deriva/muestre enlaces deben ser de confianza. El programa sólo debe colaborar con organizaciones, páginas y programas, que cumplan los códigos éticos y con 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 PSTIC 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 programas, ya que es de máxima importancia en cuanto al efecto que tendrán sobre sus usuarios. Para ello es preciso que el proveedor tenga en cuenta que cuanto más calidad quiera ofrecer, más deben cumplirse los criterios de calidad. El principal objetivo de estos criterios es salvaguardar la calidad de un Programa PSTIC [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, consenso de expertos, experiencia profesional u opinión personal [8,10]. Debe estar especialmente claro para el usuario cuando se haga uso de información basada en la experiencia u opiniones.

El programa debe proporcionar información basada en la evidencia más actualizada y correcta posible, y 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 PSTIC 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, o actualizada. El contenido debe ser verificado y evaluado de forma regular [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 en un solo 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 de 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 PSTIC, se deben proporcionar enlaces específicos. Tanto los enlaces e información de contacto con los servicios de emergencia, como los recursos locales de la comunidad, deben estar disponibles en todo momento [11]. En este sentido, se deberá tener en cuenta lo siguiente:

Cuando el programa pueda 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 estar permanentemente visible, y por lo tanto, fácil de encontrar cuando se utiliza el programa [27].

3. Sin propaganda

Los Programas PSTIC no deben contener ninguna propaganda del tipo pro-suicidio, anti-vida, o las declaraciones pro-vida, ya que pueden influir a las personas con riesgo de suicidio, desanimarlos aún más y provocar más riesgo. [3; 27]

4. Programas adaptados a la población diana

La presentación, estilo y naturaleza de la información de los Programas PSTIC 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 quedar claro para los usuarios a quien va dirigido el programa. Esto les puede ayudar a decidir si el programa puede serles de utilidad o no [10].

4. Directrices Éticas para las modalidades activas de los Programas PSTIC

En el contexto de las Directrices 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 gestionar una emergencia [11].

2. Transparencia

Ver "Transparencia", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p. 18.



3. Privacidad y Protección de datos

Ver "Privacidad y Protección de datos" dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p. 21.

4. Accesibilidad

Ver "Accesibilidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de los Programas PSTIC, p. 22.

5. Responsabilidad

Ver "Responsabilidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p. 23.

6. Criterios de calidad

Ver "Criterios de calidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p. 24.

1. Información sobre comportamiento suicida

Ver "Información sobre comportamiento suicida", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p. 25.

2. Enlaces

Ver 'Enlaces' dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p. 26.

3. Sin Propaganda

Ver 'Sin propaganda' dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p. 26.

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 PSTIC, p. 27.

5. Instrumentos basados en la evidencia

Los Programas PSTIC 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 PSTIC **deben ser moderados por un profesional experto en salud mental** que esté entrenado específicamente para atender a personas en riesgo de suicidio [38]. De este modo, los mensajes potencialmente peligrosos podrán y deberán ser eliminados, y el usuario también deberá estar 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 la posibilidad de reaccionar a tiempo frente a ese contenido, respondiendo a este o, si fuera necesario, eliminándolo [41].

7. Consentimiento Informado

Los Programas PSTIC deben proporcionar toda la información que una persona razonable necesite para poder tomar la decisión sobre si quiere o no utilizar el programa. La información debe tratar sobre 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 PSTIC 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 PSTIC [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 PSTIC, por ejemplo, cómo manejarlo, qué ofrece al usuario, qué esperar del programa, 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 PSTIC, 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 de 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 estar informado sobre el tiempo de espera que puede haber para obtener una respuesta [12, 39].

- *Privacidad del profesional*

El profesional también tiene derecho a su privacidad. Si el usuario realiza copias o grabaciones de sus comunicaciones, el profesional también puede 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, elegir sus servicios [12].

- *Cualificación profesional*

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]. Los usuarios deben ser informados, sobre las cualificaciones básicas del profesional: por ejemplo nivel de formación, licencias y acreditaciones. También puede ser añadida información sobre cualquier formación o capacitación especial o experiencia [11, 12, 15, 17, 43].

- **Beneficios potenciales**

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

- **Riesgos y limitaciones potenciales**

El usuario debe ser informado acerca de los riesgos potenciales y las limitaciones inherentes al Programa PSTIC. Algunos riesgos y limitaciones potenciales pueden conducir a la violación de la confidencialidad, como por ejemplo, cuando los correos electrónicos o chats son atacados y pirateados. El usuario debe ser advertido explícitamente de que el programa complementa el contacto cara a cara, pero no lo puede sustituir. 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 de 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 PSTIC, 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) [8; 12; 36].

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 PSTIC [7].

- **Los límites de las competencias**

Si el profesional no considera adecuado tratar un cierto problema cara a cara, no debería tratarlo de ninguna manera online [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 PSTIC 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 nuevas tecnologías, o proporcionar los datos de contacto de los servicios médicos de emergencia.

En consecuencia, se recomienda la incorporación de un procedimiento de cribado y/o admisión, pero no debe que ser obligatorio, ya que puede inhibir a potenciales usuarios a usar el programa.

5. Directrices Éticas para las modalidades interactivas de los Programas PSTIC

En el contexto de las Directrices 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 tratado 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 profesional del Programa PSTIC 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 puede ser utilizada para manejar la emergencia [11].

2. Transparencia

Ver "Transparencia", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p.18.

3. Privacidad y Protección de datos

Ver "Privacidad y protección de datos", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p.21.

4. Accesibilidad

Ver "Accesibilidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p. 22.

5. Responsabilidad

Ver "Responsabilidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p. 23.

6. Criterios de calidad

Ver "Criterios de calidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p. 24.

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 PSTIC, p. 25.

2. Enlaces

Ver "Enlaces", dentro de las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p. 26.

3. Sin Propaganda

Ver "Sin propaganda" dentro de Calidad, en las directrices éticas para las modalidades pasivas de Programas PSTIC, p.26.

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 PSTIC, p. 27.

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 PSTIC, p.32.

6. Supervisión por un moderador

Ver “Supervisión por un moderador” dentro de Calidad, en las directrices éticas para las modalidades activas de Programas PSTIC, p. 32.

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 PSTIC p. 33.

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 en el trato a personas con riesgo de suicidio, así como en el manejo de las tecnologías por medio de la cuales se llevará a cabo la intervención [11].

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

1. Tener en cuenta todas las ideas suicidas.
2. Preguntar de forma directa al usuario acerca de los pensamientos suicidas o si piensa que pueda tenerlos.
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 suicida, transmita seguridad.
5. Dejar claro que los pensamientos de suicidio podrían estar vinculados a un problema de salud mental tratable, como la depresión, el trastorno bipolar o el abuso de sustancias.
6. Tener presente las señales de alarma o factores de riesgo de suicidio
7. Preguntar al usuario de forma directa 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 ha consumido alcohol, 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 sus razones.
12. Recordar al usuario que el suicidio no es la única solución y que él/ ella no tiene por qué actuar ante sus pensamientos suicidas o llevar a cabo 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 en el pasado ayudó al usuario a superar sus pensamientos de suicidio, y si todavía puede ser de ayuda.
15. Estimular a la persona para hablar de sus pensamientos y sentimientos.
16. No utilice amenazas o la culpa para evitar que el usuario se quite la vida.
17. Proporcionar contactos de seguridad en caso de necesidad.
18. Animar a la persona a obtener ayuda profesional presencial, "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 en riesgo de suicidio si 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 PSTIC, p.33.

8. Profesionalismo

Ver "Profesionalismo", dentro de las directrices éticas para las modalidades activas de Programas PSTIC, p. 36.

9. Oportunidad

Ver "Oportunidad", dentro de las directrices éticas para las modalidades activas de Programas PSTIC, p.37

6. Conclusión

Las "Directrices éticas para los Programas PSTIC" se clasifican en tres modalidades diferentes, pasiva, activa e interactiva. En la Figura 4, se expone un esquema que resume las principales directrices a cumplir por cada una de las modalidades.



Figura 4. Directrices éticas para los diferentes Programas PSTIC

Como se puede ver en la Figura 4, todas las modalidades de Programas PSTIC 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 para garantizar mayor seguridad.

La Figura 5 resume los diferentes aspectos relativos a los criterios de calidad.

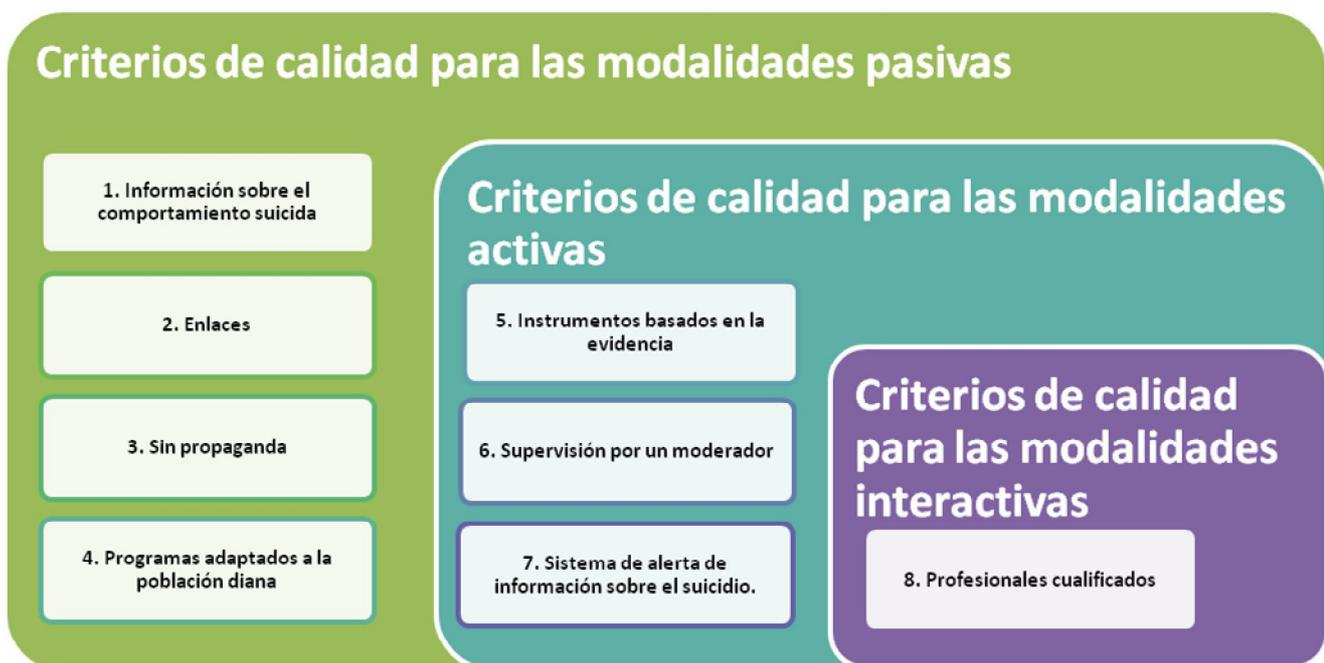


Figura 5. Criterios de calidad para las diferentes modalidades de Programas PSTIC

Las "Directrices éticas para los Programas PSTIC" 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.

7. Apéndice

Contribuyentes al desarrollo de las “Directrices Éticas para los Programas PSTIC”

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 - University Hospital San Cecilio. Inpatient Mental Health Unit, Granada. Spain.
- 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:

- Hospital Universitario Verona (**AOUI-VR**)-Italia
- Agencia Flamenca de salud y cuidados (**VAZG**)- Bélgica
- Región Västra Götaland (**VGR**)- Suecia
- Fundación Romtens (**ROMTENS**)- Rumanía
- Instituto Nacional de la Salud y el Bienestar (**THL**)- Finlandia
- Unidad para la investigación sobre suicidio, Universidad de Gante (**UGENT**)- Bélgica
- Fundación Intras (**INTRAS**)- España

- Servicio Andaluz de Salud (**SAS**) España
- Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud (**FPS**)-España
- Universidad Mikkeli de Ciencias Aplicadas (**MAMK**)-Finlandia
- Universidad Técnica de Dresde (**TUD**)-Alemania
- Instituto Regional de Salud Pública Maribor (**RPHIMB**)- Eslovenia
- Suecia Oeste (**WS**)- Suecia
- Fundación De Leo (**DELEOFUND**)-Italia
- Consejo del Condado de Cumbria (**CCC**)- Reino Unido

8. Bibliografía

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., Flanagin, 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 suicidepreventie 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.