

I. MARCO GENERAL

1. Justificación y enfoque

1.1. Justificación

El *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023* (en adelante, PSMC) (Gobierno de Canarias, 2019) fue aprobado en Consejo de Gobierno el 18 de marzo de 2019. En su elaboración participaron más de cien profesionales sanitarios de múltiples áreas, así como profesionales de otros sectores, como Educación, Servicios Sociales o el Instituto Canario de Igualdad. Por su parte, las Asociaciones tuvieron participación tanto en el proceso de elaboración de diferentes líneas estratégicas, como en el proceso de validación externa. El PSMC cuenta con 12 Líneas Estratégicas (LE), que incluyen una serie de objetivos, acciones, e indicadores para su evaluación.

Una de las LE del PSMC está dedicada a la conducta suicida (LE 2: Prevención y tratamiento de la conducta suicida), y tiene como objetivo “Reducir la tasa de suicidio, intentos de suicidio y autolesiones en Canarias, mediante mejoras en las actuaciones sobre la población y en la atención a los pacientes con riesgo suicida, en términos de prevención, detección precoz, intervención, seguimiento y coordinación”. Esta LE incluye un objetivo general, seis objetivos específicos, 24 acciones y 35 indicadores para su evaluación. Por su parte, el primer objetivo específico de esta LE es “disponer de un programa de prevención de la conducta suicida en Canarias, que contenga un análisis de la situación periódico sobre las conductas suicidas en Canarias y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias”.

A nivel nacional, la *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013* (MSPSI, 2011) incluye, como objetivo general 2, “prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general”. Por su parte, la *Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* “recomienda a las autoridades sanitarias la puesta en marcha de líneas de acción específicas para la prevención de la conducta suicida” (Ministerio de Sanidad, 2020). Sin embargo, en España no existe ninguna Estrategia ni Plan de prevención del suicidio de carácter estatal. En el contexto de esta carencia, la Fundación Salud Mental España recomienda “elaborar programas autonómicos de prevención de la conducta suicida en consonancia con los contenidos de la estrategia” (Anseán, 2014).

1.2. Enfoque

1.2.1. Programas de salud

Los programas de salud se han definido como un “conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, realizado simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados en relación con los problemas de salud precisos y para una población determinada” (Pineault, 1987).

Por su parte, la OMS define un programa de salud mental como una “intervención o serie de intervenciones con un objetivo altamente específico que tiene que ver con la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación” (OMS, 2006).

Según la OMS, los documentos planificadores para la prevención del suicidio deben cumplir los siguientes principios (WHO, 2010):

- Globales y coordinados
 - Implican a diferentes sectores de la comunidad
 - Abarcan los tres niveles de prevención (universal, selectiva e indicada)
- Hallazgos científicos (“evidencia”)
 - Intervenciones: derivadas del conocimiento científico disponible
 - Resultados medibles

- Sujetos a cambio
 - Intervenciones: sujetas a evaluación continua
 - Las acciones o estrategias deben cambiarse si es necesario
- Sostenibilidad
 - Acciones con perspectiva a largo plazo, que se puedan mantener.

1.2.2. Niveles y áreas de alcance

En el campo de la prevención, un enfoque habitual es la distinción entre prevención universal, selectiva e indicada. Las medidas en cada una de estas áreas se relacionan con diferentes factores de riesgo suicida (OMS, 2014). Se muestran a continuación los tipos de acciones relacionadas con estos tipos de prevención.

Tipos de acciones	Tipo de prevención
Políticas de Salud Mental	Universal
Políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol	
Acceso a la atención de salud	
Restricción del acceso a medios letales	
Notificación responsable por los medios de comunicación	
Toma de conciencia sobre la salud mental, los trastornos por consumo de tóxicos y el suicidio	
Intervenciones dirigidas a grupos vulnerables	Selectiva
Capacitación de guardianes	
Líneas telefónicas de ayuda en crisis	
Seguimiento y apoyo comunitario	Indicada
Evaluación y manejo de las conductas suicidas	
Evaluación y manejo de trastornos mentales y debidos al consumo de tóxicos	

Fuente: Modificado de OMS (2014)

Otros enfoques son más pragmáticos, al estar centrados en los elementos y niveles clave de actuación, más que en los constructos teóricos (p. ej.: factores de riesgo, tipos de prevención). Bajo la perspectiva de este enfoque, la OMS (2014) ha señalado los siguientes componentes característicos de las estrategias nacionales:

- Vigilancia
- Restricción de los medios de suicidio
- Medios de comunicación
- Acceso a los servicios
- Capacitación y educación
- Tratamiento
- Intervención en crisis
- Intervención posterior

I. Marco General

- Concienciación
- Reducción del estigma
- Supervisión y coordinación

Siguiendo este enfoque pragmático, la *Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida* (Ministerio de Sanidad, 2020) señala lo siguiente, acerca de los elementos o áreas que deben incluir los “Programas generales de prevención de la conducta suicida”:

- Desarrollo de programas preventivos en poblaciones de riesgo.
- Formación de los profesionales sanitarios en la detección del riesgo suicida e identificación de factores de riesgo y protectores.
- Educación a la población general y medios de comunicación.
- Mejorar los procedimientos de identificación, tratamiento y seguimiento de personas en riesgo de suicidio.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud y proporcionar el tratamiento indicado a las personas con conducta suicida.
- Eliminar tabúes y estigmas sobre el trastorno mental y el suicidio tanto en el personal sanitario como en la población general.
- Promover la investigación sobre la prevención del suicidio.

La *Guía de Práctica Clínica de Prevención y tratamiento de la conducta suicida* (MSPSI, 2012) ha sido una referencia básica para la prevención del suicidio en España y en Canarias. Esta GPC ha sido revisada en septiembre de 2020, con la publicación oficial de esta sin cambios (Ministerio de Sanidad, 2020), al concluir que los nuevos conocimientos científicos disponibles no modifican las recomendaciones establecidas en ella. Por lo tanto, de mantenerse el periodo de vigencia habitual de cinco años, tal GPC estará vigente hasta septiembre de 2025.

Este Programa de prevención de la conducta suicida se basa esencialmente en el contenido de la LE 2 (Prevención y tratamiento de la conducta suicida) del *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*. Las áreas de alcance de esta LE y del Programa de prevención se han desarrollado de forma congruente con este enfoque pragmático y con las áreas señaladas en los documentos internacionales y nacionales de referencia.

Específicamente, el contenido de este Programa de prevención de la conducta suicida, si bien toma como base la LE 2 del PSMC, amplía su alcance en determinadas áreas, como la inclusión de un objetivo específico dedicado a los sistemas de información, la diferenciación de acciones específicas dirigidas a la edad infantojuvenil, la colaboración y coordinación con Organizaciones y Asociaciones, la inclusión de acciones de contacto activo y seguimiento, y la inclusión de acciones preventivas transversales y específicas relacionadas con la pandemia por SARS-CoV-2. Como cambios menores, cabe resaltar que la acción correspondiente al fortalecimiento de factores protectores se ha integrado en la del desarrollo de campañas preventivas dirigidas a la población. Por su parte, la línea de crisis se ha encuadrado en las acciones dirigidas a la población, ya que su alcance corresponde a todas las personas de la población que pudieran encontrarse en una situación de crisis suicida. En la siguiente tabla se muestran los niveles y áreas abarcadas por la LE 2 del PSMC y por este Programa de prevención.

Niveles y Áreas	LE 2 del PSMC	Programa de prevención
Sistemas de información	<i>No como área diferenciada</i> Informes epidemiológicos	RECAP e Historia Clínica Electrónica Encuesta de Salud de Canarias Informes epidemiológicos Mejoras en información epidemiológica
Población y grupos específicos	Campañas Fortalecimiento de factores protectores Información y recursos: página web Restricción de acceso a medios letales Postvención Coordinación con otros sectores	Campañas Información y recursos: página web Línea de crisis Restricción de acceso a medios letales Postvención Coordinación con otros sectores
Formación	Profesionales clave no sanitarios Profesionales sanitarios	Profesionales clave no sanitarios Profesionales sanitarios
Evaluación e Intervención	Protocolos Urgencias Protocolos Unidades Internamiento Línea de crisis Recursos específicos	Protocolos Urgencias Protocolos Unidades Internamiento Contacto activo y seguimiento Recursos específicos
Coordinación	Coordinación intrainstitucional Coordinación interinstitucional	Coordinación intrainstitucional Coordinación interinstitucional
Infantojuvenil	<i>No como área diferenciada</i> Habilidades de afrontamiento en jóvenes Protocolo en menor de edad con riesgo suicida	Formación específica Programa de prevención en instituciones educativas Protocolo de actuación en instituciones educativas Protocolos específicos (Urgencias y Unidades de Internamiento)
Pandemia	---	Acciones con perspectiva transversal Acciones específicas

1.2.3. Elementos integrantes

Otro aspecto en el que se diferencia este Programa de Prevención de la Conducta Suicida (Programa PCS) respecto a la LE 2 del PSMC es el de sus elementos integrantes. Al igual que en el caso de los niveles y áreas, este Programa amplía los elementos constituyentes. Se muestran en la siguiente tabla.

Elementos integrantes	LE 2 del PSMC	Programa PCS
Objetivos y Acciones	Sí	Sí
Cómo desarrollar las acciones	No	Sí
Dificultades potenciales	No	Sí
Responsables	No	Sí
Priorización	No	Sí
Cronograma	No	Sí
Indicadores para su evaluación	Sí	Sí

I. Marco General

En comparación con otros programas nacionales, este Programa de Prevención de la Conducta Suicida cuenta con los siguientes valores añadidos:

- Para cada una de las acciones, explicita claramente las recomendaciones para su desarrollo, tanto en cuanto al enfoque o marco general, como en lo relativo a diversos aspectos específicos. Estas recomendaciones están basadas en el conocimiento científico (cuya síntesis se expone en cada acción) y el consenso de expertos.
- Incluye un cronograma con diferentes niveles de priorización.
- Incluye acciones intersectoriales e interinstitucionales.

1.2.4. Síntesis

Como síntesis final del enfoque y características de este Programa, resultan destacables los siguientes aspectos:

1. En consonancia con las recomendaciones nacionales e internacionales sobre los documentos planificadores y de prevención.
2. Basado en la LE 2 del PSMC, pero amplía su alcance.
3. Enfoque pragmático, con niveles y áreas de actuación.
4. Sustentado en el conocimiento científico disponible, el consenso de expertos, y centrado en la persona.
5. En relación con los niveles, áreas de actuación y acciones específicas, expone *qué acciones* desarrollar y *cómo* desarrollarlas.
6. Incluye la revisión de la literatura científica, recomendaciones basadas en esta y en el consenso de expertos, las dificultades potenciales, la definición de los responsables, priorización, cronograma e indicadores para su evaluación.

1.2.5. Acciones

Cada una de las acciones contenidas en este Programa se ha desarrollado mediante el siguiente esquema general:

1. Introducción. Justificación
2. Análisis de la situación (específico de la acción)
3. Acción
 - 3.1. Objetivos
 - 3.2. Síntesis del conocimiento científico
 - 3.3. Recomendaciones para el desarrollo de la acción
4. Indicadores
5. Dificultades potenciales
6. Responsables
7. Priorización y cronograma

Esta estructura es flexible, con posibles adaptaciones según la naturaleza de las acciones. Por ejemplo, algunas acciones comparten un mismo marco conceptual y área de conocimiento. En estos casos el análisis de la situación se ha realizado para ese conjunto de acciones. Tal es el caso de las acciones formativas dirigidas a los profesionales sanitarios, o de las acciones relacionadas con la pandemia.

El apartado de las Recomendaciones es de capital importancia en este Programa. Estas recomendaciones se han basado en el conocimiento científico y el consenso de expertos. Habitualmente contiene un marco general, enfoque, estructura por áreas temáticas y las recomendaciones en sí mismas.

Por último, si bien la priorización y el cronograma fueron definidos en cada una de las acciones, para dotarlos de la necesaria visión de conjunto y del escalonamiento temporal del desarrollo de las acciones, se presentan en una sección específica.

Bibliografía

- Ansean A. (2014). Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Fundación Salud Mental España.
- Gobierno de Canarias (2019). Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. Santa Cruz de Tenerife: Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias.
- Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012, revisada en 2020.
- MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Pineault, R. (1987). La Planificación sanitaria. Ed. Masson.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. Política, planes y programas de salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Editores Médicos, S.A. EDIMSA; 2006.
- WHO. World Health Organization (2010). Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes.

2. La conducta suicida. Concepto y definiciones

2.1. Aproximaciones conceptuales

Un problema en el estudio de la conducta suicida ha sido la existencia de diferentes aproximaciones conceptuales y definiciones. La conducta suicida se considera como un *continuum suicida* de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, intentos de suicidio y suicidio) (Ministerio de Sanidad, 2020).

La ideación suicida se ha incluido dentro del concepto de la conducta suicida, como ha hecho la OMS, por una cuestión de simplificación (OMS, 2014) y probablemente por la perspectiva del suicidio como un *continuum*.

2.2. Definiciones

En este documento planificador se han considerado las siguientes definiciones de referencia:

2.2.1. Definiciones nucleares

- **Conducta suicida:** incluye la ideación suicida, autolesión, intento de suicidio y suicidio (OMS, 2014)
- **Ideación suicida:** pensamientos de servir como el agente de su propia muerte. Puede variar en su gravedad dependiendo de la especificidad del plan suicida y del grado de intencionalidad (APA, 2003). Tiene varios grados de frecuencia, intensidad y duración (VA/DoD, 2013).
- **Autolesión / Gesto suicida:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada) (Ministerio de Sanidad, 2020).
- **Intento de suicidio:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método (Ministerio de Sanidad, 2020).
- **Suicidio:** muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte (Ministerio de Sanidad, 2020).
- **Conducta suicida no determinada:** conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad). Este grado indeterminado puede producirse por ocultación o porque los límites de la intencionalidad pueden no estar claros para el propio paciente (Ministerio de Sanidad, 2020).

Como se puede observar, el aspecto nuclear que diferencia a la autolesión y a los gestos suicidas del intento de suicidio es la **intencionalidad** de matarse. La intencionalidad también es nuclear en la definición de suicidio, ya que es un requisito indispensable para considerar una muerte como suicidio.

2.2.2. Otras definiciones relevantes

- **Intención suicida:** Pruebas implícitas o explícitas de que la persona desea morir, quiere quitarse la vida, y entiende las consecuencias probables de sus acciones o potenciales acciones. La intencionalidad suicida se puede determinar retrospectivamente e inferir en ausencia de conducta suicida (VA/DoD, 2013).
- **Riesgo suicida:** Nivel de probabilidad de una persona para realizar un intento de suicidio, independientemente de sus resultados. El riesgo puede ser alto, moderado o bajo (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2015).
- **Comunicación suicida:** acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad

de acabar con la propia vida. Es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, 2020). Existen dos tipos de comunicación suicida:

- *Amenaza suicida*: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano (Ministerio de Sanidad, 2020).
- *Plan suicida*: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial (Ministerio de Sanidad, 2020).

- **Sobrevivientes / supervivientes**: familiares y figuras significativas que han experimentado una pérdida de un ser querido debido a suicidio. Aunque tradicionalmente el concepto se ha reservado para la familia, en la actualidad se ha extendido también a los allegados (amigos, compañeros de trabajo o de clase y vecinos) (Ministerio de Sanidad, 2020).

2.3. Implicaciones para la práctica clínica

Dado que la conducta suicida es un *continuum*, no debe infravalorarse ni descartarse la relevancia de los gestos suicidas, autolesiones o intentos de suicidio. Las personas que han realizado estas autolesiones/gestos presentan un mayor riesgo de repetir una conducta suicida respecto a la población general (Hamza et al., 2012). Por su parte, el antecedente de intento de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general (OMS, 2014).

Bibliografía

APA. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. APA Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Comprehensive Guidelines and Guideline Watches. 2003. doi:10.1176/appi.books.9780890423363.56008

Departamento de Salud. Guía para el desarrollo de un protocolo uniforme para la prevención del suicidio. Puerto Rico; 2015.

Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between nonsuicidal self- injury and suicidal behavior: a review of the literature and anintegrated model. Clin. Psychol. Rev. 2012;32(6):482-95.

Hamza, C.A., Stewart, S.L. and Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. Clinical Psychology Review, [online] 32(6), pp.482–495. Available at: <http://www.selfinjury.bctr.cornell.edu/perch/resources/hamza.pdf> [Accessed 14 Dec. 2020].

Ministerio de Sanidad. Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012, revisada en 2020.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1

VA/DoD. Department of Veterans Affairs. Department of Defense. VA/DoD Clinical practice guideline for assessment and management of patients at risk for suicide. Washington: VA/DoD; 2013.

3. Factores de influencia y señales de alerta

3.1. Factores de influencia

No es objeto de este documento planificador realizar una revisión exhaustiva de la literatura científica sobre los factores implicados en la conducta suicida. Se expone aquí una síntesis de los factores implicados más relevantes. Deben considerarse los factores de riesgo, factores protectores y factores precipitantes.

3.1.1. Factores de riesgo

En la siguiente tabla se presenta una síntesis de los factores de riesgo suicida.

Poblacionales
<ul style="list-style-type: none">- Crisis económica- Cambios rápidos en la estructura social o en valores- Aislamiento social
Entorno global
<ul style="list-style-type: none">- Medios de comunicación (noticias sobre el suicidio, con características inadecuadas)- Acceso a medios para el suicidio- Dificultades del acceso a Servicios de Salud Mental
Contexto individual
<ul style="list-style-type: none">- Apoyo familiar y social deficiente o ausente- Acoso por parte de iguales (adolescentes), cyberbullying (adolescentes)- Acontecimientos vitales estresantes- Pérdida de empleo
Individuales
<ul style="list-style-type: none">- Trastorno psiquiátrico- Psicopatología: especialmente desesperanza y humor depresivo- Antecedente de una o más tentativas suicidas previas- Ideación suicida; intención suicida- Consumo de tóxicos (incluye alcohol)- Rasgos de personalidad: alta impulsividad, agresión, y ansiedad- Factores psicológicos: especialmente la desesperanza y la rigidez cognitiva- Enfermedad física o discapacidad- Sexo masculino- Edad avanzada y adolescencia- Bajo nivel socioeconómico; bajo nivel educativo- Factores distales o predisponentes:<ul style="list-style-type: none">- Factores genéticos. Historia familiar de suicidio- Infancia adversa (descuido o abandono parental, malos tratos físicos y/o emocionales, abuso sexual)

Fuente: Elaboración propia, a partir de Ministerio de Sanidad (2020) y Turecki y Brent (2015)

Los factores de riesgo más importantes son los antecedentes de uno o más intentos de suicidio, la idea suicida (especialmente si existe intencionalidad), la existencia de un trastorno psiquiátrico, la desesperanza, el consumo de tóxicos y el acceso a medios letales.

3.1.2. Factores protectores

En la siguiente tabla se presenta una síntesis de los factores de protección frente al suicidio.

Sociales o medioambientales
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo familiar y social adecuado - Integración social - Creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos - Adoptar valores culturales y tradicionales - Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol
Personales
<ul style="list-style-type: none"> - Habilidad en la resolución de conflictos o problemas - Confianza en uno mismo - Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales - Flexibilidad cognitiva - Tener hijos, especialmente en las mujeres

Fuente: Modificado de Ministerio de Sanidad (2020)

Los factores protectores más importantes son el tratamiento efectivo de salud mental, el apoyo familiar y social adecuado, y la habilidad en la resolución de conflictos o problemas.

3.1.3. Factores precipitantes o desencadenantes

Aunque los factores de riesgo generalmente contribuyen al riesgo suicida a largo plazo, determinados factores pueden comportarse como desencadenantes de la conducta suicida, generalmente en personas con riesgo suicida. Estos factores precipitantes pueden tener especial relevancia en personas que sufren algún trastorno mental o que presentan algún factor de riesgo.

En la siguiente tabla se presenta una síntesis de los factores precipitantes de la conducta suicida.

Principales precipitantes o desencadenantes de conducta suicida
<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimientos vitales estresantes: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdidas personales: divorcio, separación, muertes - Problemas interpersonales: problemas, conflictos, violencia, ruptura de pareja - Problemas financieros: dificultades económicas, pérdidas de dinero o de trabajo - Problemas laborales - Problemas legales - Humillación (especialmente en adolescentes) • Consumo de alcohol y drogas • Empeoramientos de salud • Aislamiento social (generalmente en ancianos y adolescentes)

Fuente: Ministerio de Sanidad (2020), SPRC (2013), Turecki y Brent (2015)

3.2. Señales de alerta

No deben confundirse las señales de alerta con los factores de riesgo ni con los factores precipitantes. Las señales de alerta orientan a un riesgo inmediato de suicidio, mientras que los factores de riesgo indican que alguien tiene mayor riesgo de suicidio, pero orientan poco o nada acerca del riesgo inmediato. Los signos de alerta son aplicables solo a personas, mientras que los factores de riesgo y protectores se encuentran a diversos niveles. Los signos de alerta ayudan a las personas a saber cuándo deben tomar acciones de forma inmediata ante estos. Para el clínico, su identificación implica la necesidad de evaluar la intencionalidad suicida (Zitelli y Palmer, 2018).

Principales señales de alerta de suicidio

- Amenazas de autolesionarse o de suicidarse
- Búsqueda de información sobre formas de suicidarse
- Búsqueda activa de acceso a medicamentos, armas u otros medios
- Escribir o hablar sobre la muerte, morir, o el suicidio.
- Desesperanza
- Sentimientos de rabia, ira, o búsqueda de venganza
- Conductas impulsivas o actividades de riesgo
- Sentimientos de estar atrapado y no ver salida
- Incremento en consumo de alcohol o drogas
- Retirada social respecto a amigos, familia o la sociedad
- Ansiedad, agitación, dormir muy poco o demasiado
- Cambios marcados en el humor
- Expresar ausencia de motivos para vivir, sentido o metas en la vida
- Expresar sentimientos de resultar una carga para los demás
- Arreglar asuntos (p. ej.: herencia), despedidas

Fuente: Rudd (2006, 2008), Zitelli y Palmer (2018)

Bibliografía

Ministerio de Sanidad (2020). Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012, revisada en 2020.

Rudd, M.D., Berman, A.L., Joiner, T.E., Nock, M.K., Silverman, M.M., Mandrusiak, M., Van Orden, K. and Witte, T. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), pp.255–262.

Rudd, M.D. (2008). Suicide warning signs in clinical practice. *Current Psychiatry Reports*, 10(1), pp.87–90.

Turecki, G. and Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, [online] 387(10024), pp.1227–1239. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319859/> [Acceso 14 dic. 2020].

SPRC. Suicide Prevention Resource Center. The Role of Law Enforcement Officers in Preventing Suicide. SPRC; 2013. Disponible en: <https://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/LawEnforcement.pdf>

Zitelli, L., and Palmer, C. (2018). Recognizing and Reacting to Risk Signs for Patient Suicide. *Seminars in Hearing*, 39(01), pp.083–090.

4. Epidemiología de la conducta suicida

4.1. Conducta suicida en el mundo

4.1.1. Suicidio

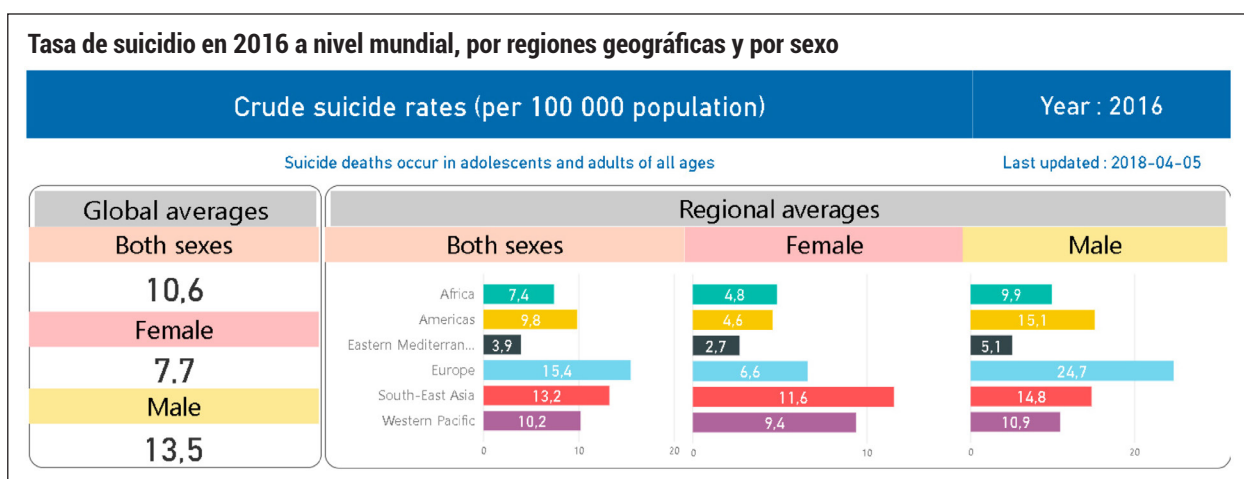
El suicidio es una tragedia. Además de acabar prematuramente con la vida de una persona, tiene una onda expansiva continua y afecta enormemente a las vidas de familias, amigos y comunidades. Globalmente considerado, supone un grave problema de salud pública en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 800.000 personas se quitan la vida anualmente (OMS, 2019). Según las estadísticas de la OMS, la tasa mundial de suicidio se situó en 10,6 por 100.000 habitantes en el año 2016.

En cuanto a grandes áreas geográficas, la peor tasa se produjo en Europa, con 15,4 por 100.000 habitantes, y la tasa más baja correspondió a la región Este del Mediterráneo, con 3,9 por 100.000 habitantes (WHO, 2016). El 79% de todos los suicidios se produce en países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2019).

La tasa de suicidio mundial es mayor en hombres que en mujeres (13,5 vs. 7,7 por 100.000 habitantes / año, respectivamente) (WHO, 2016).

En cuanto a los grupos de edad, el suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años (OMS, 2019).

La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego son algunos de los métodos más comunes de suicidio en todo el mundo (OMS, 2019).



Fuente: WHO, 2016

4.1.2. Intentos de suicidio e ideación suicida

La información relativa a los intentos de suicidio e ideación suicida es difícil de obtener, debido a dificultades metodológicas. Se estima que por cada adulto que muere por suicidio puede haber más de 20 personas que intentan suicidarse (WHO, 2020). Mientras que los suicidios son más frecuentes en hombres, los intentos de suicidio son más frecuentes en mujeres jóvenes (WHO, 2020).

4.2. Conducta suicida en la Unión Europea

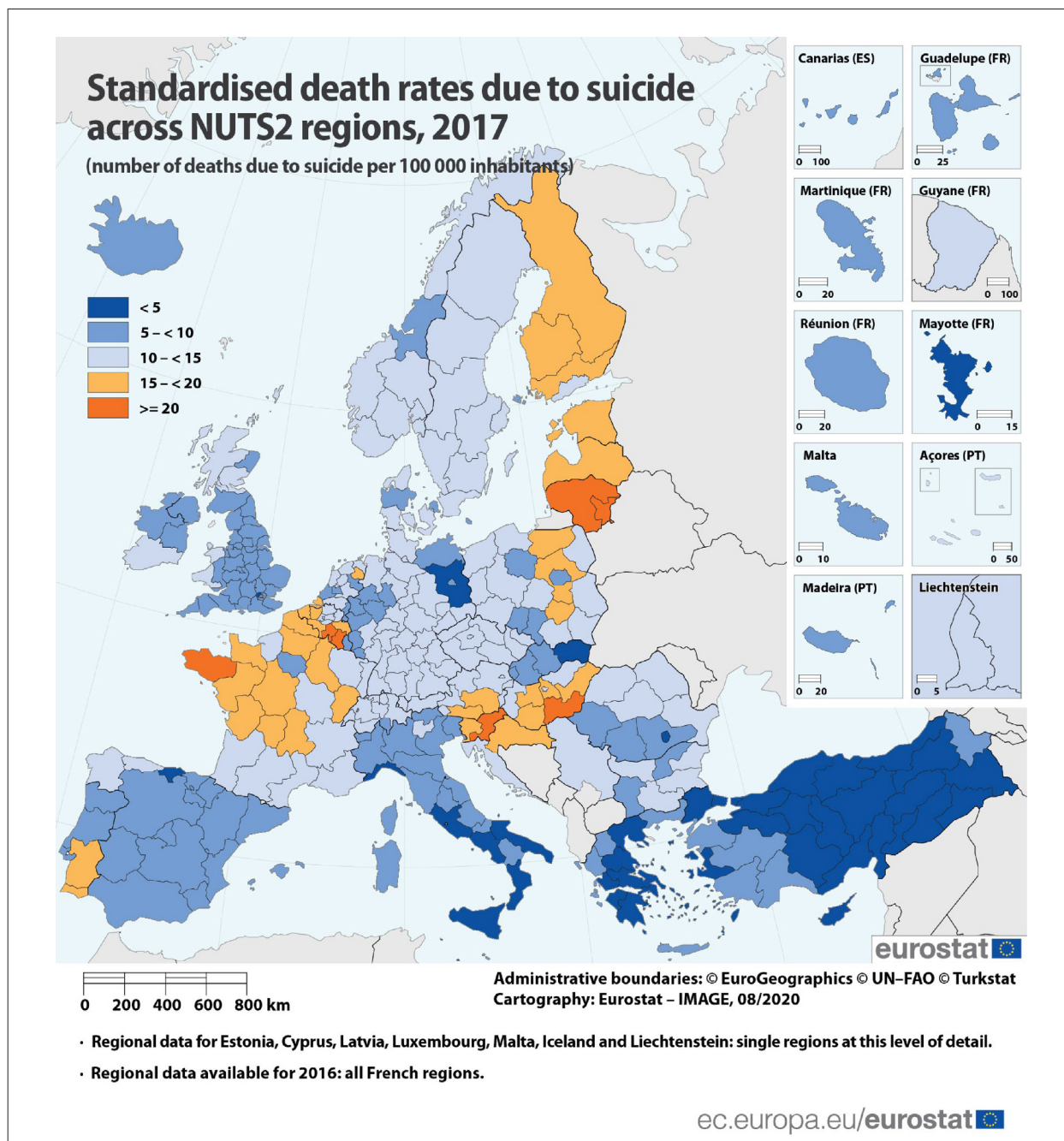
4.2.1. Suicidio

La última tasa de suicidio disponible para el conjunto de la Unión Europea fue de 10,33 por 100.000 habitantes en 2016 (Eurostat, 2020a). La cifra total fue de alrededor de 48.700 personas en este año, y supuso el 1% de todas las muertes de 2016. Casi 8 de cada 10 suicidios (77%) correspondieron a hombres (Eurostat, 2020b).

I. Marco General

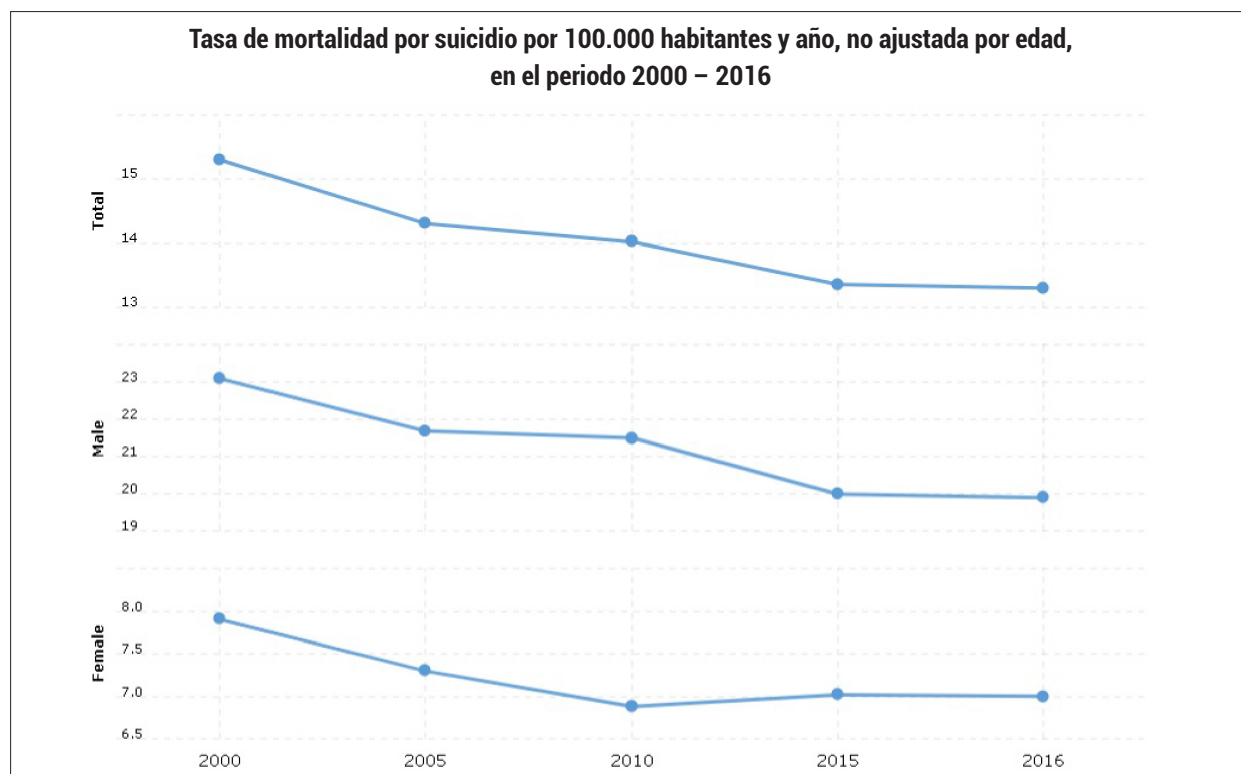
En el siguiente gráfico se muestra la distribución geográfica de la tasa de suicidio en la Unión Europea (Eurostat, 2020b).

Las tasas de mortalidad normalizadas por suicidio más bajas de 2017 se registraron en Chipre, Grecia y Malta (4,1, 4,5 y 4,6 por 100.000 habitantes, respectivamente). Por el contrario, la tasa de mortalidad normalizada por suicidio en Lituania (25,8 por 100.000 habitantes) fue la más alta, 2,4 veces superior a la media de la EU-27 (datos de 2016) (Eurostat, 2020b).



Fuente: Eurostat

La tendencia del suicidio en Europa ha sido descendente, como se muestra en el siguiente gráfico:



Fuente: Macrotrends

4.2.2. Intentos de suicidio e ideación suicida

Según el estudio *European Study on the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED), realizado en seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) sobre una muestra de 21.425 adultos, la prevalencia a lo largo de la vida de intentos de suicidio fue del 1,3%, y la de la ideación suicida, del 7,8%. Los trastornos mentales mostraron una fuerte asociación con el riesgo suicida. Entre los trastornos mentales, el mayor riesgo correspondió a la depresión mayor (Bernal et al., 2007).

4.3. Conducta suicida en España

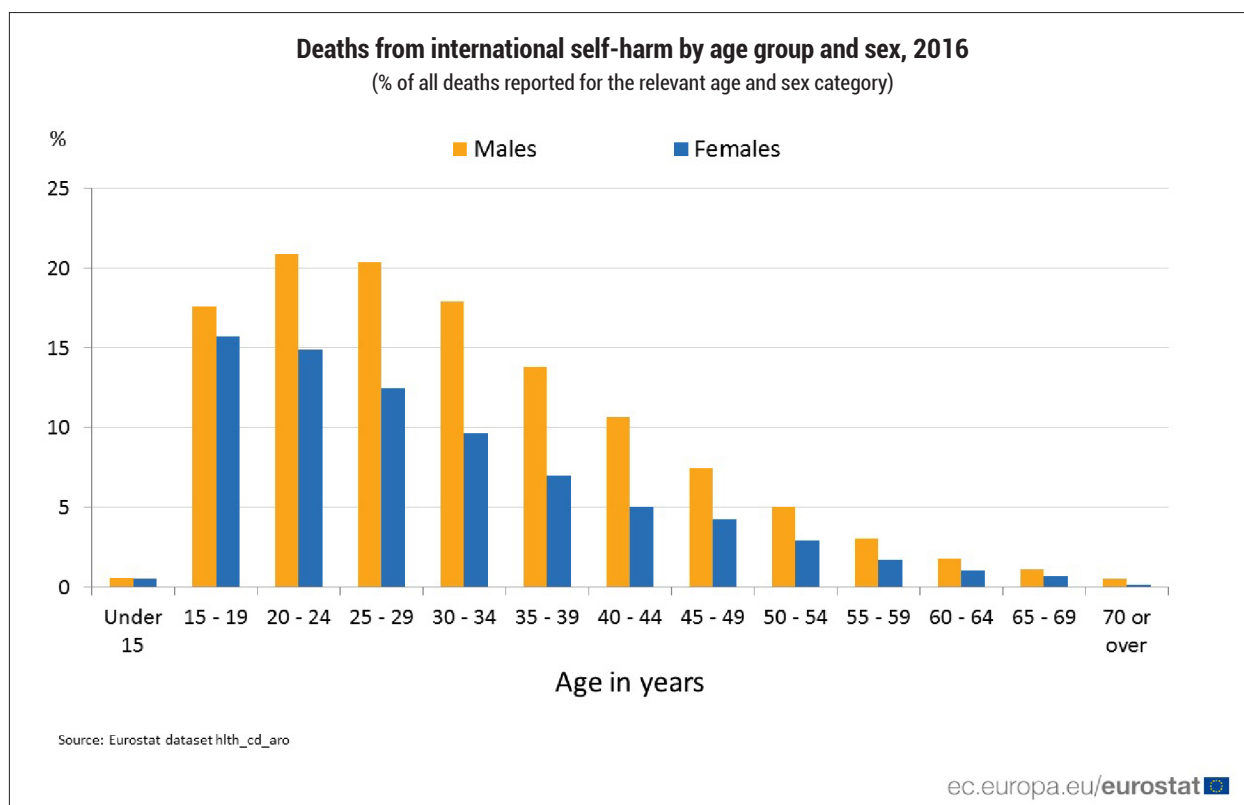
4.3.1. Suicidio

En 2019 se produjeron 3.671 suicidios en España. Esto supone una media de 10 suicidios al día. De cada 4 suicidios, 3 fueron en hombres y 1 en mujeres (75,5% vs. 24,5% respectivamente). Respecto a la cifra del año 2018, el número de suicidios en 2019 supuso un aumento del 3,7%. El suicidio representó la primera causa de muertes por causas externas. Su número fue prácticamente el doble que el número de fallecimientos por accidentes de tráfico (3.671 vs. 1.842 respectivamente) (INE, 2019).

El método más empleado fue el de ahorcamiento (45,1%), seguido por saltar desde un lugar elevado (25,8%) (INE, 2019).

El riesgo de suicidio aumenta con la edad (INE, 2019). Sin embargo, si bien las tasas de suicidio en edades más jóvenes son más bajas, resultan especialmente trágicas por los años de vida perdidos. Además, el suicidio en edades más jóvenes representa una alta proporción respecto al conjunto de causas de muerte, como se muestra en el siguiente gráfico, referido al conjunto de la Unión Europea.

Al contrario que en el conjunto de la Unión Europea, la tendencia del suicidio en España entre 1980 y 2016



Fuente: Eurostat (2020c)

ha sido ascendente, a expensas de un aumento de la tasa de suicidio en mujeres (Cayuela et al., 2020).

4.3.2. Intentos de suicidio e ideación suicida

No existen datos oficiales sobre intentos de suicidio ni ideación suicida en España, probablemente influido por las dificultades metodológicas. En el estudio epidemiológico europeo ESEMeD, se halló para España una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% para los intentos de suicidio, y del 4,4% para la ideación suicida (Gabilondo et al., 2007).

Bibliografía

Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., Lépine, J.P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Gasquet, I., Torres, J.V., Kovess, V., Heider, D., Neeleman, J., Kessler, R. and Alonso, J. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: Results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), pp.27-34.

Cayuela, A., Cayuela, L., Sánchez Gayango, A., Rodríguez-Domínguez, S., Pilo Uceda, F.J., Velasco Quiles, A.A. (2020). Suicide mortality trends in Spain, 1980-2016. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barc.)*, 13(2), pp. 57-62.

Eurostat (2020a). Death due to suicide, by sex. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200910-1> [acceso 17 de diciembre de 2020].

Eurostat (2020b). Almost 8 in 10 suicides among men. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00122> [acceso 17 de diciembre de 2020].

Eurostat (2020c). Deaths due to intentional self-harm: 77% are men. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20200910-1> [acceso 17 de diciembre de 2020].

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Almansa, J., et al. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Med Clin (Barc)*, 129(13), pp.494–500.

INE (2019). Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: www.ine.es [acceso 7 de junio de 2021].

Macrotrends (2020). European Union Suicide Rate 2000 – 2020. Disponible en: <https://www.macrotrends.net/countries/EUU/european-union/suicide-rate> [acceso 17 de diciembre de 2020].

OMS (2019). Organización Mundial de la Salud (OMS). Suicidios: datos y cifras, 2019. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. [acceso 28 de febrero de 2020].

WHO (2016). World Health Statistics data visualizations dashboard. Crude suicide rates per 100000 population. Year 2016. Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en> [acceso 3 de diciembre de 2020]

WHO (2020). Mental Health and Substance Abuse. Suicide data. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data> [acceso 17 de diciembre de 2020]