UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIOLOGÍA DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA I (CAMBIO SOCIAL)

SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

EL CASO ESPAÑOL Y ANÁLISIS INTERNACIONAL

Trabajo de investigación que presenta
Sergio Galindo Merino
para la obtención del Máster en Cooperación Internacional

Bajo la dirección del tutor
José Guillermo Fouce Fernández

MADRID
2021

A mis padres. A mi familia.

A todas las personas que ya no están entre nosotros y cuyas vidas no olvidamos.

RESUMEN

El objetivo de este Trabajo Fin de Máster consiste en analizar la situación actual en materia de prevención del suicidio para, tras concluir dicho estudio, realizar una serie de sugerencias que podrían incluirse en un plan de prevención de la conducta suicida en España. Para poder determinar esta serie de propuestas se hará un análisis de la situación, tanto a nivel nacional como internacional, que permita conocer con exactitud qué se está haciendo de una manera local y global en materia de prevención del suicidio.

Para el estudio internacional se revisará la documentación facilitada por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la información pública que algunos países tienen publicada. Para el caso español, no sólo se examinará la documentación pública, sino que también se realizarán entrevistas con diversos profesionales de varios sectores, así como personas que trabajen o estén vinculadas a asociaciones, fundaciones u observatorios para la prevención del suicidio.

Finalmente, se elabora un informe con las sugerencias detalladas como resultado del estudio realizado con el fin de que se puedan incluir en un plan de prevención de la conducta suicida nacional.

Palabras Clave

Suicidio, prevención, estigma, salud mental, España.

ABSTRACT

The aim of this Master's Thesis is to analyse the current situation of suicide prevention in order to make a series of suggestions, after concluding this study, which could be included in a plan for the prevention of suicidal behaviour in Spain. To determine this series of proposals, an analysis of the situation will be carried out, both nationally and internationally, which allows to know exactly what is being currently done in a local and in a global way in terms of suicide prevention.

For the international study, the documentation provided by agencies such as the World Health Organization (WHO) will be reviewed, as well as the public information that some countries have published. In the case of Spain, not only public documentation be examined, but also interviews with professionals in different sectors, as well as people who work or are linked to associations, foundations, or observatories for the prevention of suicide will be conducted.

Finally, a report with the detailed suggestions because of the study carried out is prepared so these suggestions could be included in a national for the prevention of suicidal behaviour plan.

Keywords

Suicide, prevention, stigma, mental health, Spain

AGRADECIMIENTOS

A Guillermo Fouce, bajo cuya dirección he tenido el privilegio de realizar mi Trabajo Fin de Máster, agradeciéndole la disponibilidad y cercanía durante todo este proceso.

A mis padres por el apoyo incondicional que desde siempre me han dado y me dan. Por su tiempo, su espacio, su atención y dedicación. También por su paciencia.

A mis amigos y familiares porque, gracias a ellos, hoy soy como soy.

A los profesionales que me han brindado su tiempo y me han compartido sus conocimientos.

A las personas que me han compartido sus experiencias más personales y, a menudo, no tan conocidas ni para sus seres queridos con relación al tema sobre el que se ha centrado este trabajo.

A mis compañeros y compañeras del máster en Cooperación internacional al Desarrollo del Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación de la Universidad Complutense de Madrid, con quienes he compartido unos meses increíbles, llenos de alegrías y aprendizajes.

Y, por supuesto, a todas y cada una de las asociaciones, organismos y profesionales que trabajan, directa o indirectamente, en salud y, concretamente, en salud mental y prevención del suicidio. Su trabajo es tan valioso que apenas hay palabras de agradecimiento que puedan reconocer su enorme labor en beneficio de las personas que formamos parte de este lugar llamado mundo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL 1
1.1. Mirada histórica sobre el suicidio 2
1.2. Terminología 3
1.3. Planteamiento del problema 5
1.4. Metodología 8
CAPÍTULO 2: EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO 12
2.1. Epidemiología global del suicidio 13
2.2. Epidemiología regional del suicidio 17
2.3. Epidemiología nacional del suicidio 19
2.4. Factores vinculados a la conducta suicida 25
2.4.1. Factores de protección 25
2.4.2. Factores de riesgo 26
2.4.3. Factores desencadenantes 28
CAPÍTULO 3: SITUACIÓN ACTUAL SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO 31
3.1. Prevención del suicidio a nivel mundial 32
3.2. Prevención de la conducta suicida en Europa 34
3.3. Prevención del suicidio en España 39
3.3.1. Prevención del suicidio: ámbito sanitario 39
3.3.2. Tratamiento del suicidio en los medios de comunicación 42
3.3.3. Educación en salud mental y prevención del suicidio 43
3.3.4. Prevención del suicidio, nuevas tecnologías y redes sociales 44
CAPÍTULO 4: RECOMENDACIONES PRÁCTICAS 49
4.1. Imagen real 49
4.2. Sensibilización social 50
4.3. Capacitaciones a profesionales 51
4.4. Refuerzo de recursos 51
4.5. Investigación 52

4.6. Aplicar políticas públicas 53
4.7. Educación 55
4.8. Resumen de las recomendaciones 56
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS 59
5.1. Conclusiones 59
5.2. Líneas futuras 63
5.3. Experiencia personal 64
BIBLIOGRAFIA 65
Referencias bibliográficas 65
Referencias oficiales 68
ANEXOS 73
Anexo I. Modelo de preguntas para las entrevistas 73
Anexo II. Países con estrategias de prevención del suicidio 74
Anexo III. Recursos internacionales de prevención del suicidio 76

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1. Ratio de suicidios (por 100.000 habitantes) por edad estandarizad y ambos sexos, 2016. 13

Ilustración 2. Ratio de suicidios de hombres (por 100.000 habitantes) por edad estandariza, 2016. 14

Ilustración 3. Ratio de suicidios de mujeres (por 100.000 habitantes) por edad estandariza, 2016. 14

Ilustración 4. Ratio de suicidios H:M por edad estandarizada, 2016. 15

Ilustración 5. Suicidios globales por edad y nivel de ingresos del país*, 2016. 15

Ilustración 6. Tres principales causas de muerte, grupo edad de 15 a 29 años, 2016. 16

Ilustración 7. Tres principales causas de muerte, grupo edad de 15 a 19 años, 2016. 16

Ilustración 8.Tasa de suicidio por edad estandarizada por 100.000 habitantes y por región, 2016. 17

Ilustración 9. Tasa de suicidio por edad estandarizada por 100.000 habitantes y por nivel de ingresos*, 2016. 18

Ilustración 10. Tendencia en la tasa de suicidio por edad estandarizada por 100.000 habitantes por región y ambos sexos. 19

Ilustración 11. Causas de muerte en España, año 2018. 20

Ilustración 12.Estadísticas sobre suicidios en España, año 2018. 21

Ilustración 13. Número de suicidios por sexos en España, años 2017-2018. 21

Ilustración 14. Número de suicidios por sexos en España, años 2000-2018. 22

Ilustración 15. Número de suicidios por edad y sexo en España, año 2018. 23

Ilustración 16. Tasa de suicidios por edad y sexo en España, año 2018. 23

Ilustración 17. Tasa de suicidios total por 100.000 habitantes y CC.AA, año 2018. 24

Ilustración 18. Ratio de suicidios hombres/mujeres en España por CC.AA., año 2018. 24

Ilustración 19. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes y provincias de España, año 2018. 25

Ilustración 20. Factores desencadenantes del suicidio. 29

Ilustración 21. Función para prevenir suicidios en Instagram. 47

Ilustración 22. Función para prevenir suicidios en Instagram. 48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Detalle de las encuestas a antiguos alumnos. Elaboración propia. 11

Tabla 2. Factores de protección. 26

Tabla 3. Factores de riesgo. 27

Tabla 4. Factores precipitantes frecuentes según etapa vital. 30

Tabla 5. Programas de prevención de la conducta suicida en Europa. 38

Tabla 6. Resumen de situación actual en la prevención del suicidio por comunidades. 42

Tabla 7. Resumen de las recomendaciones prácticas de estrategias para la prevención del suicidio en España. 58

Tabla 8. Estrategias de prevención del suicidio por país y región. 75

Tabla 9. Recursos internacionales en la prevención del suicidio. 82

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

FSME	Fundación Española para la Prevención del Suicidio
GPC	Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida
IASP	Asociación Internacional de Prevención del suicidio
IML	Institutos de Medicina Legal
INE	Instituto Nacional de Estadística
MSCBS	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
NNUU	Naciones Unidas
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
SAMUR	Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate
SNS	Sistema Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación

"A veces sentimos que lo que hacemos es tan solo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara una gota."

Madre Teresa de Calcuta

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN GENERAL

Todo el mundo puede tener un problema psicológico (estrés, ansiedad, trastornos del ánimo, de personalidad, alimenticio…) en algún momento de la vida y, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental será el principal problema de salud pública a nivel mundial para el año 2030 (OMS, 2015). Es posible que esta fecha se adelante dado que, cuando la OMS realizó este pronóstico, no tuvo en cuenta la pandemia del COVID-19.

De sobra son conocidos algunos de los déficits de nuestra sociedad: hambre, desigualdades, pobreza, contaminación o acceso a agua potable, entre otros. Estas carencias tienen su origen en la tendencia al individualismo en detrimento del sentido de comunidad, lo que se traduce en unas sociedades cada vez más débiles donde, desafortunadamente, la vulneración de los derechos humanos crece. También es sabido que los déficits mencionados anteriormente no afectan a todas las personas por igual y, normalmente, se asocian a la condición de determinados grupos de personas por aspectos de raza, sexo, edad, tener algún tipo de discapacidad o problema de salud, más concretamente, de salud mental.

Dentro de este tipo de salud, uno de los principales problemas es el suicidio ya que, cada año, se cobra la vida de cerca de unas ochocientas mil (800.000) personas en el mundo. Además, hay indicios de que por cada intento consumado hay más de otras veinte (20) tentativas (OMS, 2019a).

Dicho esto, el objetivo de este estudio será realizar un abordaje al suicidio, someter a análisis los actuales protocolos de actuación existente y elaborar unas propuestas de líneas de acción para incluir en un posible plan de prevención de la actitud suicida en España.

1.1. Mirada histórica sobre el suicidio

Nadie, sin ningún tipo de problema o dolencia, quiere acabar con su vida de manera consciente y voluntaria. Esto es algo inherente en todos los seres humanos que habitamos o que han vivido antes que nosotros en este planeta. Por tanto, las motivaciones que llevan a una persona a cometer suicidio siguen siendo las mismas que hace cientos y miles de años: terminar o escapar de un sufrimiento físico, psíquico o asociado a una serie de circunstancias sociales.

Tener un conocimiento de la dimensión histórica del suicidio permite acercarnos a una comprensión holística de un acto tan complejo. Es un error tratar de hacer un único abordaje desde el punto de vista médico, dado que sería limitarse en la capacidad de conocimiento. Por consiguiente, sería más acertado realizar el esfuerzo de incluir otras disciplinas como la filosofía, la ética, la sociología, el evolucionismo, la antropología, las artes, la literatura, los medios de comunicación y, por supuesto, la historia (Guerrero, 2019).

La percepción sobre el suicidio no ha permanecido estática a lo largo de la historia, sino que su concepto e imagen ha ido evolucionando, estando sujeta a las corrientes culturales y sociales de cada tiempo.

En este sentido, si nos remontamos a la prehistoria, el ser humano ya mostraba conductas de autosacrificio; ancianos, enfermos o aquellas personas con algún tipo de limitación se autoeliminaban para no perjudicar a la tribu (Jiménez, 2003). Además, en la mayoría de las civilizaciones de la antigüedad, la práctica del suicidio estaba aceptada puesto que acabar con la vida de forma voluntaria no estaba considerado como el fin de la existencia, sino como el tránsito a otra dimensión inmortal.

Durante la época de los griegos y los romanos hubo bastante controversia al respecto. Hubo destacables figuras como la de los filósofos Platón o Aristóteles, o el político y filósofo romano Marco Tulio Cicerón quienes se posicionaron fuertemente en contra de este acto (hito importante para tener en cuenta fue la muerte voluntaria de Sócrates), hasta otros como Zenón de Citio (fundador del estoicismo) o Lucio Anneo Séneca que mostraron su total legitimación al respecto (Guerrero, 2019).

Aunque inicialmente para los primeros cristianos la muerte voluntaria no era motivo de estigma, el martirio voluntario de decenas de miles de seguidores de Cristo (especialmente donatistas) actuó como detonante para que San Agustín de Hipona “inventara” un relato teológico

que condenara dichos actos, equiparando el suicidio al homicidio y, por tanto, contraviniendo el V mandamiento: no matarás. Desde entonces, la iglesia ha condenado formalmente el suicidio, así como a las personas que se quitaban la vida (Pérez y Peláez, 2002).

Durante la Edad Media, no sólo las leyes eclesiásticas rechazaron con crudeza esta práctica, sino también las leyes civiles, hasta el punto de que la persona que se quitaba la vida de manera voluntaria, además de ser considerado un pecador, pasaba a ser un delincuente.

Fue en el Renacimiento donde se produjo un cambio de mentalidad. Aunque la iglesia siguió condenando moralmente a los suicidas, fueron filósofos humanistas quienes comenzaron a cuestionar dichas posiciones teológicas y, paulatinamente, los postulados religiosos terminaron desplazados (Corpas, 2011).

Posteriormente, en el siglo XVIII, gracias a los avances de la ciencia experimental se consiguió la definitiva secularización del suicidio; aunque, a pesar de este avance, quedó ligado a la enfermedad mental y a los problemas relacionados con la salud mental. Cabe destacar la figura del sociólogo francés Émilie Durkheim quien, a finales del siglo XIX, ya pensaba en este acto no como un fenómeno individual, sino con una vinculación social donde las causas sociales (situación económica, pobreza, aislamiento, etcétera) y no los motivos individuales originaban esta conducta (Durkheim, 2013).

En la actualidad, a pesar de contar con numerosos estudios y recursos dedicados a la comprensión, al desarrollo de estrategias de intervención, campañas de concienciación y formación de competencias para el manejo del suicidio por parte de profesionales sanitarios y no sanitarios, comprender el suicidio es un fenómeno sociológico e histórico complejo que, aunque debiera ser abordado de una manera integral del mismo modo que se hace con otros fenómenos como el de la violencia de género o los accidentes de tráfico, no se hace y, por consiguiente, sigue rodeado por un estigma que invisibiliza los cientos de muertes que se producen en todo el mundo cada año.

1.2.Terminología

En el año 1986, la OMS definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”, y el parasuicidio como “un acto sin

resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico" (Bille y OMS, 1998).

Desde entonces, aunque son muchos los autores que han propuestos distintos términos a la hora de hablar sobre el suicidio, todavía no existe un consenso al respecto, lo cual dificulta aún más el acercamiento o comprensión. Es por ello, que antes de seguir entrando en profundidad, recojo los términos que sigo para este Trabajo Fin de Máster, basándome en los que ofrece la Guía de Práctica Clínica (GPC) de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Sistema Nacional de Salud (SNS) español de 2012 (Avalia-t, 2012).

- **Autolisis**: "Daño general provocado a uno mismo de forma voluntaria, independientemente de si existe o no intención letal. Por tanto, una persona puede infligirse daño deliberadamente con intención de morir (conducta suicida) o con otras intenciones, como son formas disfuncionales de autorregulación emocional ante emociones negativas intensas (por ejemplo, intentando relajarse o distraerse del dolor emocional a través del dolor físico controlado), formas de expresar y comunicar a otras personas su malestar emocional o usos instrumentales (por ejemplo, por medio del chantaje emocional para obtener algo o que otra persona haga lo que ellos pretenden)".
- **Ideación suicida**: "Se refiere a la presencia de pensamientos (cogniciones, ideas) acerca de suicidarse. Por sí sola es frecuente en población general y a lo largo de la vida; la ideación suicida no suele conducir a un deseo real de muerte, sino que se suele fantasear con ello como una salida fácil a un problema habitualmente temporal. Sin embargo, supone una señal de alarma importante que hace necesaria una valoración pormenorizada, tanto de su contenido como de si existen otros factores de riesgo".
- **Comunicación suicida**: "Actos interpersonales en los que se transmiten a otras personas sus pensamientos, deseos o intenciones aparentes de acabar con su propia vida. Se considera un punto intermedio entre la Ideación y la Conducta suicida". Existen dos tipos:
    - **Amenaza suicida**: "Es la indicación general a otras personas de que la persona pretende suicidarse. A menudo se relaciona con conductas parasuicidas (sin intención real de matarse), pero ello no debe suponer subestimar el peligro, ya que incluso en tal caso, la persona puede pasar al acto con la forma de un gesto suicida, que podría terminar en su muerte no intencionada".

- **Plan suicida**: “Es la indicación de cómo pretende suicidarse esa persona”. Puede ser más o menos preciso, indicando forma, fecha, lugar, etc.

- **Conducta suicida**: “Toda conducta potencialmente lesiva y autoinfringida con, al menos aparente, intención de morir”. Existen varios tipos dentro de esta categoría general:
  - **Parasuicidio o gesto suicida**: “La persona no tiene intención real de morir, sino que busca otro objetivo, como manifestar su malestar, solicitar ayuda o manipular (chantajear) a otra persona. Pese a no ser su intención, la persona puede excederse en el daño infringido al cuerpo y morir realmente, en cuyo caso se habla de “muerte autoinfringida no intencionada” en lugar de “suicidio””.
  - **Intento o tentativa suicida**: “La persona tenía intención real de morir, pero no lo consiguió por cualquier motivo (insuficiente letalidad en el método, haber sido salvado por servicios sanitarios, etc.)”.
  - **Suicidio (consumado)**: “Muerte autoinfringida con evidencia de que esa era la intención de la persona”.

1.3. Planteamiento del problema

Como comentaba en la introducción del capítulo, según los datos más actuales de la OMS, más de ochocientas mil (800.0000) personas en el mundo se quita la vida de manera voluntaria cada año, siendo la segunda principal causa de muerte entre personas de 15 a 29 años de manera global (OMS, 2019a).

En contra de lo que pueda parecer, el suicidio no sólo se produce en los países de rentas altas o más altas, sino que se trata de una acción global que se reproduce en todas las regiones del mundo. De hecho, de acuerdo con las estadísticas, más del 79% de las muertes por esta causa se produjeron en países de renta media y baja.

En mayo de 2012, la 65.a Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países. Fruto de esta asamblea se elaboró el primer Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (OMS, 2013a). La prevención del suicidio forma parte de este plan y, para el año 2020, se había propuesto reducir un 10% la tasa de suicidio (meta 3.2 del Plan).

En 2019, la septuagésima segunda Asamblea Mundial de la Salud confirmó los objetivos del plan de acción integral de la OMS sobre salud mental (2013-2020) y amplió su período de ejecución hasta 2030, asegurando así la alineación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (MSCBS, 2020a).

Dentro de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) está el ODS 3 – Salud y bienestar. Aunque la finalidad del objetivo es garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, lo cierto es que el tema de este tipo de salud únicamente se toca de manera leve en la meta 3.4 Enfermedades no transmisibles y salud mental de la siguiente manera "Para el 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar" (indicador 3.4.2: Tasa de mortalidad por suicidio).

Echando un vistazo a sus predecesores, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se puede ver que, desafortunadamente, tanto la salud mental como el suicidio quedaban fuera de éstos y no hay una sola mención a ninguno de ellos (PNUD, 2015).

Centrándonos en el caso de España, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el año 2018 (INE, 2018), el número de muertes por esta causa fue superior al doble de las personas que fallecieron en las carreteras y sesenta y nueve (69) veces superior a las víctimas por violencia de género. A pesar de ello, nuestro país sigue sin contar con un plan de prevención de suicidio.

Desafortunadamente y, hasta el día de hoy, la salud mental, los trastornos mentales y el suicidio continúan siendo temas tabú dentro de nuestra sociedad y es precisamente esta estigmatización la que, a menudo, se traduce en motivo de discriminación y violación de derechos humanos de las personas implicadas, ya sea de manera directa o indirecta. Por lo tanto, el principal desafío que presenta el tema del presente trabajo es la necesidad de hacer un abordaje integral donde factores sociales, psicológicos, culturales y de otras índoles se sometan a revisión.

Al igual que sucede con las víctimas por violencia de género o las muertes que se producen en las carreteras, los suicidios también se pueden prevenir. Para que las respuestas nacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención junto con una acción conjunta de múltiples sectores ajenos al sector de la salud y la salud mental. Dicho esto, el objetivo general del Trabajo Fin de Máster consiste en:

- Analizar la situación actual en materia de prevención del suicidio y ofrecer sugerencias que podrían ser incluidas en un plan de prevención de la conducta suicida adaptado para el caso de España.

Este objetivo general se puede dividir en los siguientes objetivos específicos:

- Investigación de los mecanismos, planes, sistemas y medidas internacionales de prevención de suicidio, así como de propuestas interregionales entre diferentes países.
- Analizar el tratamiento del suicidio en el ámbito sanitario, en medios de comunicación y, a nivel educativo.
- A partir del estudio de los puntos anteriores, desarrollar sugerencias sobre líneas estratégicas que podrían incluirse en un plan de prevención de la conducta suicida en España.

Para terminar de aterrizar tanto el objetivo general como los objetivos específicos arriba señalados, a lo largo del trabajo se tratará de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué países cuentan actualmente con planes de prevención del suicidio?
- ¿Qué propuestas de cooperación entre países existen para abordar problemas de salud mental o de prevención del suicidio?
- ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de los mecanismos, sistemas y medidas de los planes de prevención del suicidio en aquellos países que cuenten con estos planes?
- ¿Cuál es la situación actual en España en materia de prevención del suicidio a nivel sanitario, tratamiento en medios de comunicación y sector educación?
- ¿Qué medidas o propuestas políticas se han hecho hasta el momento para prevenir la conducta suicida?
- ¿Qué es necesario para la implantación y mantenimiento de un plan de prevención de la conducta suicida?

No cabe duda de que la prevención del suicidio está presente como una de las preocupaciones dentro de la sociedad, pero como hipótesis de trabajo se puede afirmar que esta problemática está más abordada en otros países en comparación con España, independientemente de que éstos sean de rentas altas o bajas.

Esta hipótesis se sustenta a su vez en una serie de observaciones: España, a día de hoy, no cuenta con un plan nacional de prevención de suicidio; la salud mental y el suicidio continúan siendo temas tabús de los que no se habla de manera abierta y naturalizada; otros países llevan años trabajando e implementando medidas y estrategias para reducir el número de muertes por esta causa.

Dado que se trata de realizar un trabajo de investigación cualitativa donde se pretende analizar los distintos mecanismos, sistemas y medidas existentes en lo que a prevención del suicidio se refiere, esto permite ampliar el alcance de la hipótesis a distintos ámbitos más allá del sanitario.

Además, se realizarán entrevistas con informantes clave en la materia en cuestión en España y, una vez completado el estudio y análisis anterior, se procederá a dar algunas sugerencias que puedan ser incluidas en un posible plan de prevención del suicidio en nuestro país.

1.4. Metodología

Para lograr los objetivos presentados en el punto anterior, el proyecto consta de dos fases bien definidas:

La primera etapa es la fase teórica del trabajo. En esta fase se estudian y examinan todas las propuestas, planes, estudios, trabajos, estrategias y resoluciones existentes tanto a nivel internacional como nacional en lo que a prevención del suicidio se refiere, acudiendo directamente a las fuentes oficiales de dichos documentos (OMS, Naciones Unidas (NNUU), bases de datos de organismos oficiales, Ministerios, Fundaciones y Asociaciones, Observatorios e Institutos, etcétera).

La segunda fase se corresponde con la parte práctica o de entrevistas. En total se llevaron a cabo dieciséis (16) entrevistas por medio de llamadas o videollamadas y veintisiete (27) encuestas a antiguos alumnos titulados –graduados hace menos de seis años en carreras de medicina, psicología, enfermería, trabajo y educación social, periodismo y comunicación pertenecientes a distintas provincias.

El proceso para las consultas es vertical, de arriba hacia abajo, partiendo de los organismos más relevantes y con una mayor capacidad de influencia (Ministerios), hasta aterrizarlo en

entidades locales que tienen un trabajo muy focalizado (asociaciones que trabajan la atención, prevención y la postvención del suicidio).

Dicho esto, se empieza con llamadas telefónicas a los Ministerios de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) y de Educación y Formación Profesional. Desde el Ministerio de Sanidad se deriva a Subdirecciones Generales (Salud Pública, de Atención Primaria y de Epidemiología), para terminar dirigiendo al INE. Desde el Ministerio de Educación, aunque inicialmente se remiten a las leyes vigentes del sistema educativo, al final, se consigue hablar con la Consejera Escolar del Estado y con el Presidente de la Consejería en Educación de la Comunidad de Madrid.

Posteriormente, buscando en la web del Ministerio de Sanidad, se encuentran todos los correos de contacto de atención ciudadana de todas las unidades de salud de las distintas Comunidades Autónomas. Se manda un correo a todas estas direcciones explicando quién es la persona que escribe–alumno del máster de Cooperación Internacional al Desarrollo del IUDC - UCM–, el estudio que se está realizando –trabajo de investigación para conocer la situación actual en materia de prevención del suicidio– y se solicita una entrevista para poder escuchar en palabras de un profesional cómo es el trabajo en sí más allá de los documentos publicados que se puedan encontrar. De esta consulta masiva se logra realizar tres entrevistas con profesionales de las unidades de salud mental de Canarias, Navarra y Castilla la Mancha.

Continuando con el ámbito sanitario, se escribe a las Fundaciones Españolas de Psicología, Salud Mental y Psiquiatría, Fundación Española de Prevención del Suicidio y de aquí se consigue hablar con los presidentes tanto de la Fundación de Salud Mental y Psiquiatría como de la Fundación Española de Prevención del Suicidio. También se realiza entrevista con la Confederación Salud Mental España, Asociación Teléfono de la Esperanza y un par de asociaciones locales: Associació Catalana Prevenció Suïcidi de Barcelona y la Asociación Justalegría de Málaga.

De la entrevista con la persona de Justalegría sale el contacto del psicólogo clínico en el Servicio Andaluz de Sanidad y responsable de la Unidad de Prevención e Intervención Insensiva en Conducta Suicida, UPII Cicerón que, aunque se intercambian varios correos con dicho profesional, no se llega a tener entrevista.

Dentro de la rama sanitaria, se habla también con una médico de cabecera de atención primaria y con una psiquiatra del municipio de Palencia, con una profesional con amplia experiencia en el Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR) – Protección Civil de Madrid, con una psicóloga de un Centro de psicología en Madrid (Princesa 81), además de

con la psicóloga y coordinadora del Centro Mencey de Psiquiatría, Psicología, Logopedia y Neuropsicología Santa Cruz de Tenerife.

De la conversación con la psicóloga de este último centro salen dos contactos: un superviviente de suicidio, que además estuvo vinculado a la Confederación Salud Mental España, y una doctora en psicología del Departamento de Psicología en la Universidad de Oviedo. Con ambos contactos se puede hablar e intercambiar visiones sobre la situación actual en prevención de la conducta suicida. Aparte de esta profesora, se dialoga con otra psicóloga, profesora y coordinadora del máster en psicología de la Universidad Europea Miguel de Cervantes.

Otros docentes con los que se habla son: un profesor de periodismo y comunicación audiovisual de esa misma universidad y con las coordinadoras del Grado en Periodismo de dicha Universidad y de la Universidad de Valladolid.

Para cerrar la rama del periodismo, se habla con un periodista especializado en el tratamiento del suicidio en medios de comunicación y colaborador de la Asociación Papageno, y con el actual tesorero (y antiguo presidente) de la Federación de Asociaciones de Periodistas de España, quien además de compartir su experiencia, facilita multitud de recursos de diversos organismos para el tratamiento del suicidio en medios de comunicación.

Las entrevistas realizadas con todas estas personas y profesionales siguen el formato de entrevista semiestructurada donde, partiendo de una serie de preguntas que se recogen en el Anexo I, la conversación se adapta a lo que la persona comparte, profundizando más, algunas veces, en los planes y estrategias de prevención que se trabajan en una unidad u organismo, otras veces en las carencias y puntos de mejora y, también, en la revisión de la evolución del abordaje que se ha dado a este problema hasta el momento.

Por motivos de privacidad y por respeto a lo compartido en las conversaciones, en la presente memoria se reflejan las conclusiones a las que se llegan, que recoge la síntesis de lo hablado con estas personas y que se utilizan como base para hacer la serie de sugerencias que podrían incluirse en un plan de prevención de la conducta suicida en España.

En lo que al cuestionario realizado a antiguos alumnos se refiere, éste constaba de las siguientes cuatro cuestiones:

- Titulación estudiada
- Lugar donde se cursaron los estudios

- ¿Se ha visto o trabajado de alguna manera la prevención del suicidio a lo largo de la carrera? En caso afirmativo, especificar la respuesta.
- ¿Considera necesario que se aborde esta problemática en mayor profundidad?

En la siguiente tabla se puede ver tanto el desglose por perfiles y lugar donde se realizaron los estudios, como las respuestas a las preguntas en función de los estudios realizados:

Titulación	Nº personas encuestadas (total: 27)	Comunidades donde estudiaron	Consideraciones grado abordaje o necesidad de profundizar más	Otros comentarios
Medicina	7	Andalucía (1), Asturias (1), Castilla y León (3), Madrid (2)	Bajo. Necesidad de una mayor profundización.	Visto en seminarios o de manera leve en psiquiatría.
Psicología	7	Canarias (1), Castilla y León (3), Madrid (2), País Vasco (1)	Medio-bajo. Necesidad de una mayor profundización.	No hay buena formación, de manera que alumno no sale preparado.
Enfermería	3	Castilla y León (2), Madrid (1)	Bajo-nulo. Necesidad de realizar abordaje.	Apenas se ve durante la formación.
Trabajo social	3	Castilla y León (2), Castilla la Mancha (1)	Bajo-nulo. Necesidad de realizar abordaje.	Apenas se ve durante la formación.
Educación social	2	Galicia (1), Madrid (1)	Bajo-nulo. Necesidad de realizar abordaje.	Apenas se ve durante la formación.
Periodismo	5	Castilla y León (2), Castilla la Mancha (1), Madrid (1)	Nulo. Necesidad de incluir en el temario pautas de comunicación.	No se realiza talleres ni formaciones sobre cómo comunicar.

Tabla 1. Detalle de las encuestas a antiguos alumnos. Elaboración propia.

"Los pueblos que no conocen su historia están condenados a repetirla."

Jorge Santana

CAPÍTULO 2: EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

La OMS define epidemiología como "el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud" (OMS, s.f.a).

También conviene hacer una aclaración de los conceptos que se utilizarán para este capítulo de manera que se permita una mejor comprensión de los datos que se presenten a continuación (OMS, s.f.a):

- **Tasa**: "Se trata de la proporción de casos que hay en una población, es decir, relaciona la cantidad de casos de suicidio con el total de personas que hay en dicho grupo humano. Esto permite compensar las diferentes cantidades de personas de cada grupo, de modo que permite realizar mejores comparaciones de riesgo de suicidio".
- **Total de casos**: "Indica cuantos casos hay de muertes por suicidio registrado en una determinada población (por ejemplo, todo el mundo, en una determinada región o país, hombres o mujeres en total o de un área geográfica en particular, etc.). Está afectado por la cantidad de personas en total del grupo, de modo que, en principio, cuantas más personas haya, más probable es que esa cantidad de casos total sea mayor".

Una vez fijados estos conceptos, hay que entender que el suicidio es un fenómeno muy complejo y, por tanto, no hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Aunque hay muchos suicidios que se cometen de manera impulsiva, quiero remarcar que este tipo de muertes se pueden prevenir. No obstante, en aquellos suicidios que se realizan impulsivamente el tener acceso –más o menos fácil– a medios para llevarlo a cabo, tales como armas de fuego, sustancias tóxicas o espacios físicos (puentes o vías de tren sin el adecuado vallado) puede significar la diferencia entre la vida y la muerte de la persona.

Factores sociales, psicológicos, culturales y de otras índoles también pueden determinar o influir en la conducta o raciocinio de una persona y, por ende, están relacionados con los comportamientos suicidas. Para entender bien la magnitud de este problema, a continuación, se presentan datos sobre el suicidio partiendo desde una visión más amplia y global hasta aterrizarlos al ámbito nacional y, posteriormente, se entrará en detalle con los factores vinculados al suicidio.

2.1. Epidemiología global del suicidio

De acuerdo con los datos de la OMS, en el año 2012 se registraron unas ochocientas cuatro mil (804.000) muertes en el mundo por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio de 11,4 por 100.000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,8 entre mujeres). En el año 2016, la tasa global por edad estandarizada era de 10,5 por 100.000 habitantes (OMS, 2019a).

Los datos que se ofrecen a continuación representan la información más actualizada disponible desde la OMS acerca del ratio de mortalidad por suicidio. Estimaciones hechas en el año 2016 y tendencia a partir del 2000. Para facilitar las comparaciones entre países, las tasas están estandarizadas por edad de acuerdo con los criterios de la OMS, que asume una distribución estandarizada por edad de la población en todos los países (WHO, 2019b).

Los datos se muestran a nivel mundial y regional, por edad y sexo, a lo largo del tiempo. Las estimaciones específicas por país se proporcionan en el Anexo II. Las estimaciones se calculan utilizando los datos de mortalidad, datos proporcionados por los países a la OMS.

La tasa estandarizada por edad y sexo de suicidios fue de 10,5 por 100.000 habitantes en 2016. Las tasas entre países variaron desde menos de 5 muertes por 100.000 habitantes hasta más de 30 por 100.000, tal y como puede verse en la ilustración 1 (WHO, 2019b).

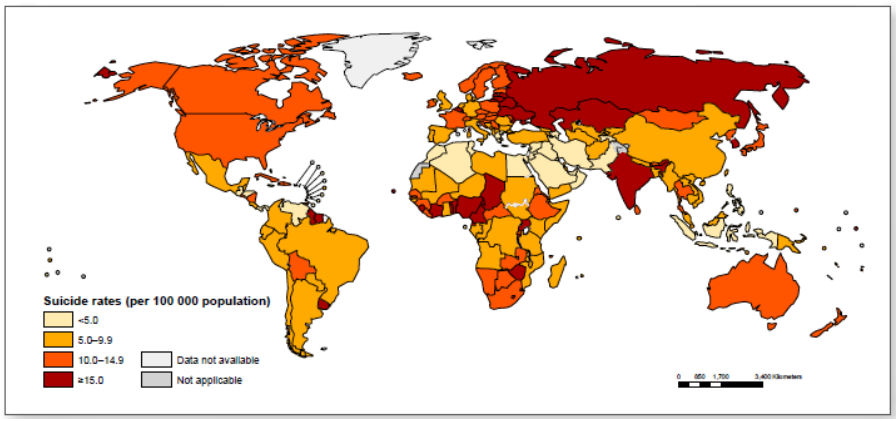


Ilustración 1. Ratio de suicidios (por 100.000 habitantes) por edad estandarizad y ambos sexos, 2016.

La tasa estandarizada por edad fue más alta entre los hombres (13,7 por 100.000) que entre las mujeres (7,5 por 100.000). Mientras que, para los hombres, las tasas más elevadas estaban por encima de las 45 muertes por 100.000 habitantes, ilustración 2; para las mujeres, las tasas más altas estaban por encima de las 30 muertes por 100.000 habitantes, ilustración 3 (WHO, 2019b).

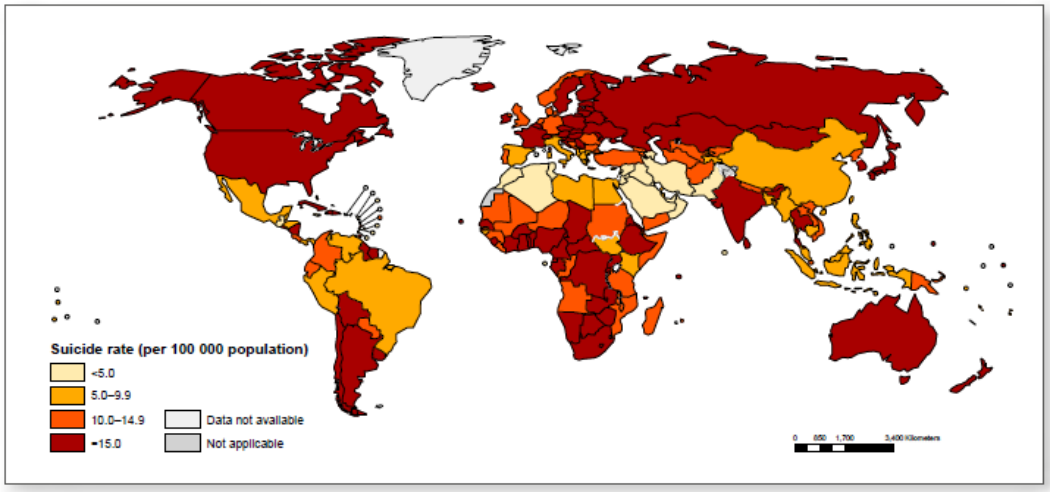


Ilustración 2. Ratio de suicidios de hombres (por 100.000 habitantes) por edad estandariza, 2016.

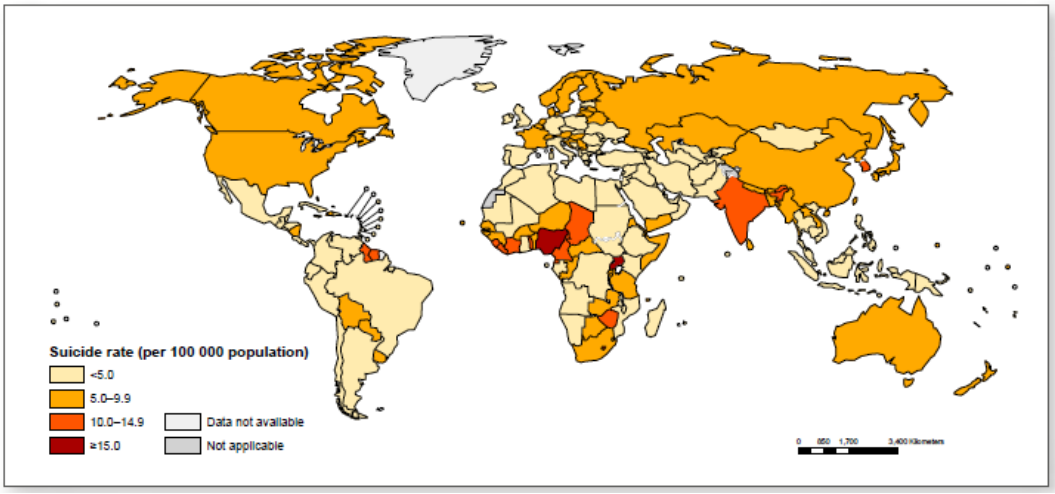


Ilustración 3. Ratio de suicidios de mujeres (por 100.000 habitantes) por edad estandariza, 2016.

Tasas de ratio Hombre:Mujer (H:M) superiores a 1 indican que la tasa de suicidios entre hombres es superior a las tasas de suicidios entre mujeres. A nivel mundial, la tasa de suicidios estandarizada por edad fue 1,8 veces mayor en los hombres que entre las mujeres.

Mientras que la ratio de suicidios H:M está cerca de 3 en los países de ingresos altos, la proporción tiende a equipararse en los países de ingresos medios y bajos. Los únicos países donde se estimó que la tasa de suicidios era mayor en las mujeres que en los hombres fueron Bangladesh,

China, Lesotho, Marruecos y Myanmar, ilustración 4 (WHO, 2019b).

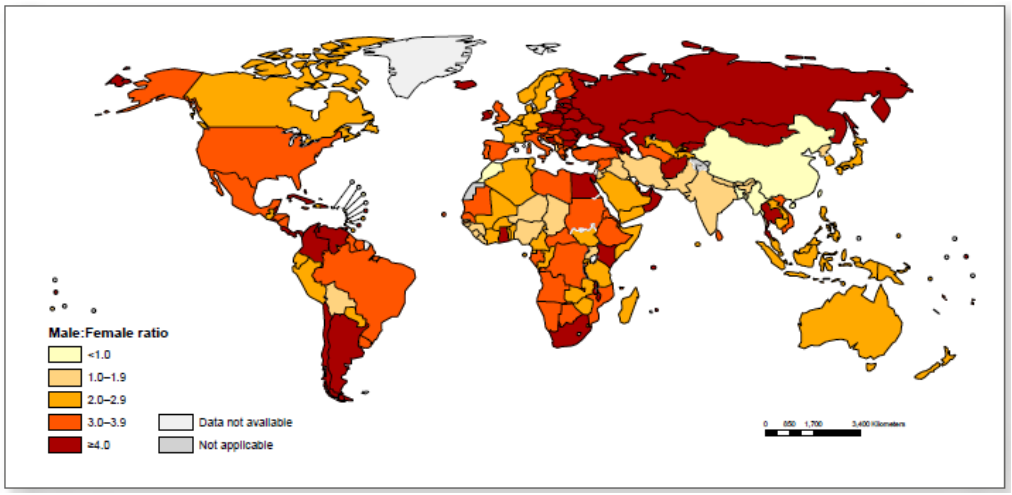


Ilustración 4. Ratio de suicidios H:M por edad estandarizada, 2016.

A nivel mundial, la mayoría de las muertes por suicidio se produjeron en países de ingresos bajos y medios (79%), donde vive la mayoría de la población mundial (84%), ilustración 5. En cuanto a la edad, más de la mitad de los suicidios mundiales (52,1%) ocurrió antes de los 45 años. La mayoría de los adolescentes que murieron por suicidio (90%) eran de baja y países de ingresos medios donde vive casi el 90% de los adolescentes del mundo (WHO, 2019b).

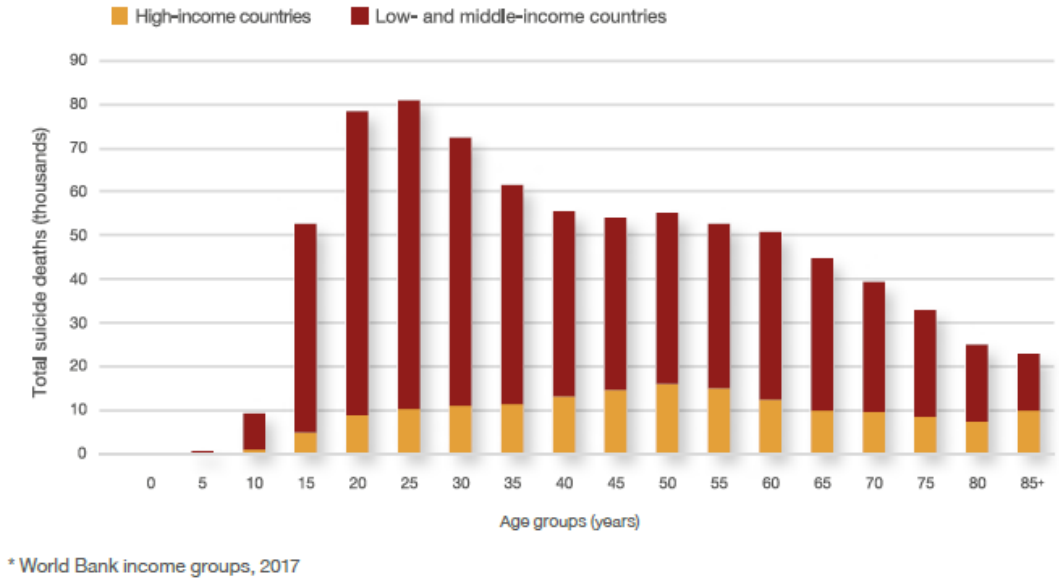


Ilustración 5. Suicidios globales por edad y nivel de ingresos del país*, 2016.

El suicidio fue la segunda principal causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años para ambos sexos, después de los accidentes de tráfico, ilustración 6. En esta misma franja de edad, se

produjeron más muertes debidas al suicidio que a la violencia interpersonal. Por sexo y para este grupo de edad, el suicidio fue la segunda y tercera causa de muerte entre hombres y mujeres respectivamente (WHO, 2019b).

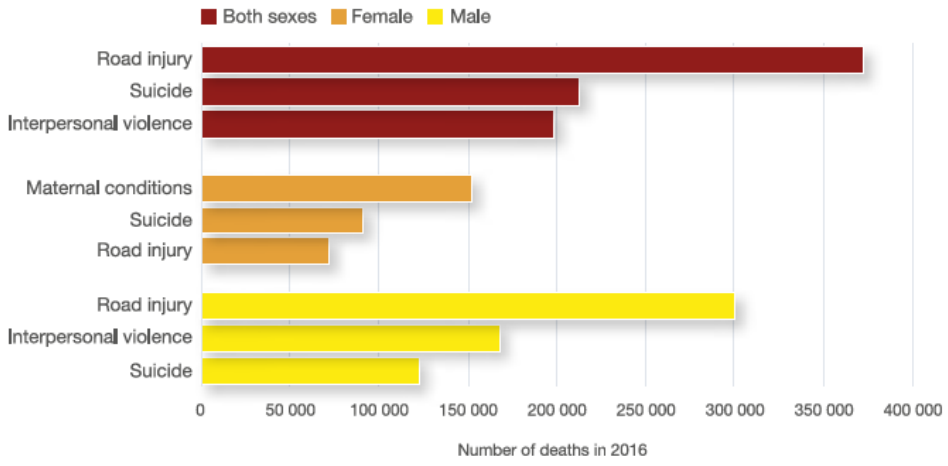


Ilustración 6. Tres principales causas de muerte, grupo edad de 15 a 29 años, 2016.

Para el grupo de jóvenes de 15 a 19 años, el suicidio fue la tercera causa principal de muerte en ambos sexos, con un número de muertes relativamente similar entre hombres y mujeres. El suicidio fue la segunda causa principal de muerte en niñas de 15 a 19 años (después de las condiciones maternas) y la tercera causa principal de muerte en hombres (después accidentes en las carreteras y violencia interpersonal), ilustración 7 (WHO, 2019b).

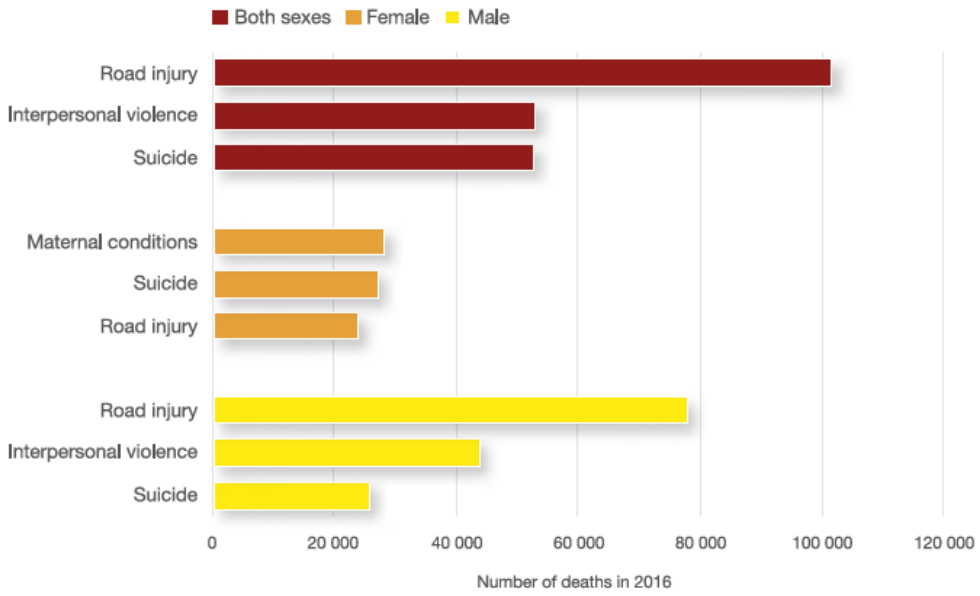


Ilustración 7. Tres principales causas de muerte, grupo edad de 15 a 19 años, 2016.

2.2. Epidemiología regional del suicidio

A continuación, se facilita información por regiones. Conviene señalar que diferentes países o regiones contabilizan los casos de suicidio según distintos criterios o tienen acceso a tales datos con niveles cambiantes, lo que dificulta poder dar una información que refleje completamente la realidad. Para entender mejor esto, se podría hacer una analogía con las estadísticas relacionadas con la pandemia de la COVID-19 a la hora de contabilizar su morbilidad (proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado) (RAE, 2020a) y mortalidad (tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada) (RAE, 2020b).

En la ilustración 8 pueden observarse las diferentes tasas de suicidio por edad estandarizada por las distintas regiones del planeta, según los datos de la OMS (WHO, 2019b).

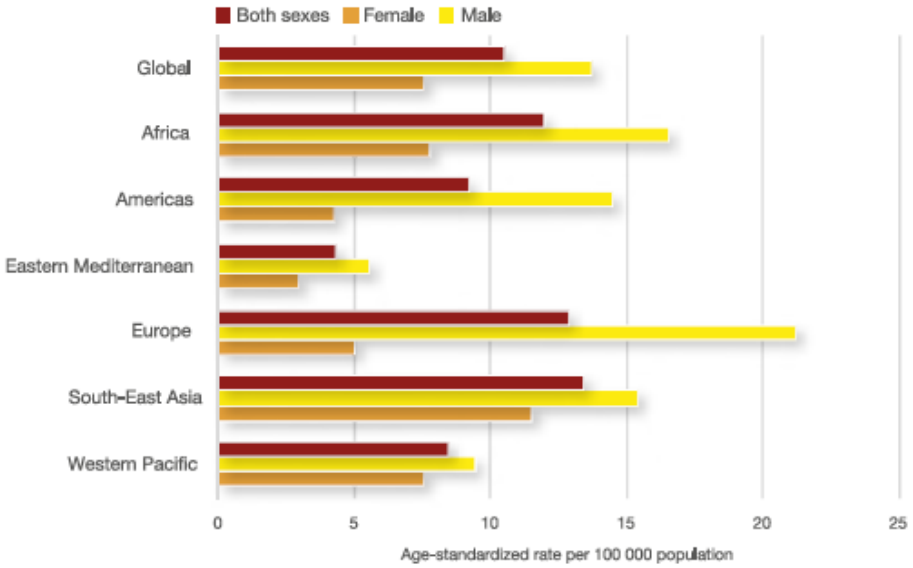


Ilustración 8.Tasa de suicidio por edad estandarizada por 100.000 habitantes y por región, 2016.

Tal y como se aprecia en la gráfica anterior, las tasas de suicidio en las regiones de África (12,0 por 100.000), Europa (12,9 por 100.000) y Asia Sudoriental (13,4 por 100.000) fueron superiores al promedio mundial (10,5 por 100.000 habitantes) en el año 2016. La tasa de suicidio más baja se situó en las regiones mediterráneas del este (4,3 por 100.000).

Haciendo una segregación por sexos, la tasa más alta de suicidio entre mujeres estuvo en la región de Asia Sudoriental (11,5 por 100.000) en comparación con el promedio mundial de mujeres (7,5 por 100.000); y entre los hombres, las regiones de África (16,6 por 100.000), América (14,5

por 100.000), Asia Sudoriental (15,4 por 100.000) y, especialmente, en Europa (21,2 por 100.000), quedando por encima de la tasa promedio mundial de hombres que se situaba en 13,7 por 100.00 habitantes.

Por nivel de ingresos, si bien la mayoría de los suicidios del mundo se produjeron en países de ingresos medios y bajos (79%), los países de ingresos altos tenían las tasas de suicidio más elevadas (11,5 por 100.000). Países de ingresos medio-bajos tenían una tasa de suicidio algo más baja (11,4 por 100.000) y, finalmente, en países de ingresos medio-altos o bajos las tasas eran más bajas (10,8 y 9,0 por 100.000 habitantes respectivamente).

Por sexos, la tasa más alta de suicidio entre mujeres se correspondía a los países de ingresos medio-bajos (9,1 por 100.000) y en hombres se daba en los países de ingresos altos (17,2 por 100.000). Todo esto se puede apreciar en la siguiente ilustración (WHO, 2019b).

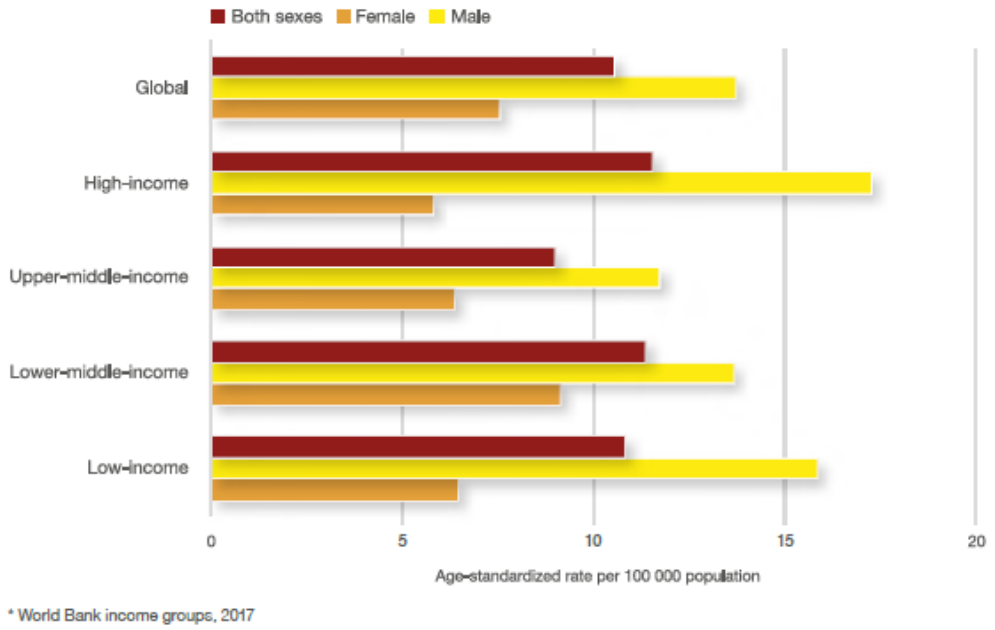


Ilustración 9. Tasa de suicidio por edad estandarizada por 100.000 habitantes y por nivel de ingresos*, 2016.

Para ir cerrando el apartado, se recoge la tendencia mundial de la tasa del suicidio entre los años 2010 y 2016. Durante este periodo de tiempo, la tasa mundial disminuyó un 9,8% de media, con reducciones que van desde el 19,6% en la región del Pacífico Oriental, al 4,2% de la región de Asia Sudoriental. Aunque la tendencia mundial fue decreciente, en la región de las Américas se produjo un aumento en la tasa del suicidio del 6,0%.

Las tendencias por regiones pueden verse en la siguiente gráfica (WHO, 2019b).

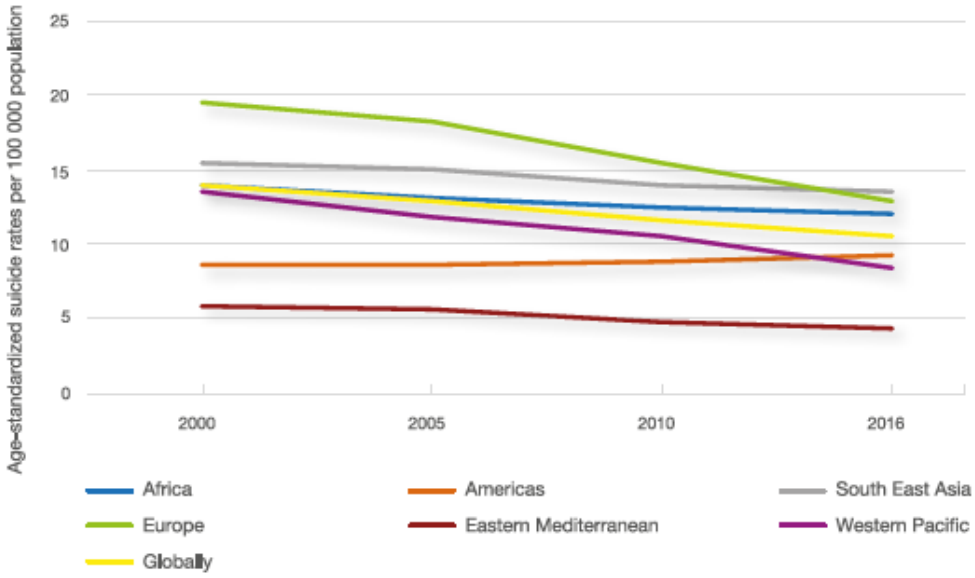


Ilustración 10. Tendencia en la tasa de suicidio por edad estandarizada por 100.000 habitantes por región y ambos sexos.

2.3. Epidemiología nacional del suicidio

Para dar la información relativa a los datos de suicidio en España, me remito a la información aportada por la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, que complementan a los últimos datos oficiales aportados por el INE (INE, 2018).

De acuerdo con los últimos datos oficiales, desde el año 2008, el suicidio pasó a ser la primera causa de muerte no natural en España, produciendo el doble de muertes que los accidentes de tráfico, siendo trece (13) veces más que homicidios y setenta (70) veces superior a las de violencia de género. Esta situación se mantiene invariable hasta el año 2018, año del que se disponen los últimos datos oficiales (los últimos datos publicados por el INE son en diciembre de 2019 y que están referidos al año anterior) (SERGAS, 2017a) (FSME, 2018).

A continuación se muestran las estadísticas del año 2018 sobre suicidios en España, según los datos del Observatorio del Suicidio (FSME, 2018).

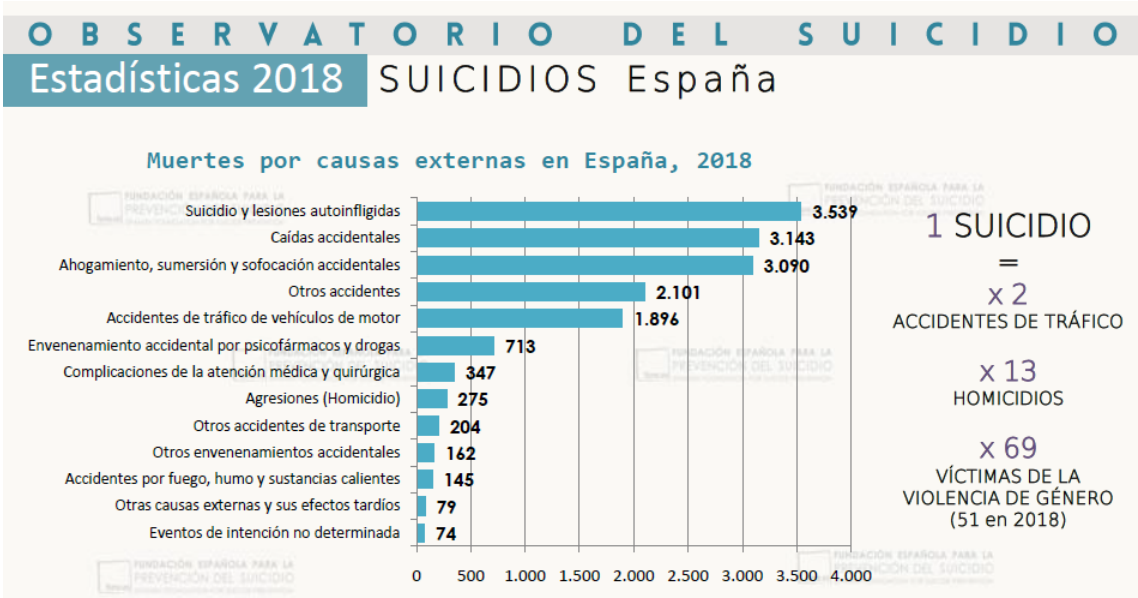


Ilustración 11. Causas de muerte en España, año 2018.

Además, bajo otras causas externas (como pueden ser ahogamientos, envenenamientos, caídas u otros accidentes) pueden ocultarse muertes por suicidio que, por diversos motivos, no son asignadas a esta causa.

En ese año fallecieron tres mil quinientas treinta y nueve (3.539) personas en España por esta causa. Esto equivale a diez (10) personas al día; una cada dos horas y media. Del total de muertes el 75% fueron varones, dos mil seiscientas diecinueve (2.619) y el 25% restante fueron mujeres novecientas veinte (920).

Para que podamos hacernos una idea de la dimensión de este problema, sólo en España en lo que llevamos de siglo se han producido más 60.000 suicidios. En el mundo, el suicidio causa más muertes que las guerras y los homicidios juntos (FSME, 2018).

Estadísticas sobre suicidios en España del año 2018, según los datos del Observatorio del Suicidio (FSME, 2018).

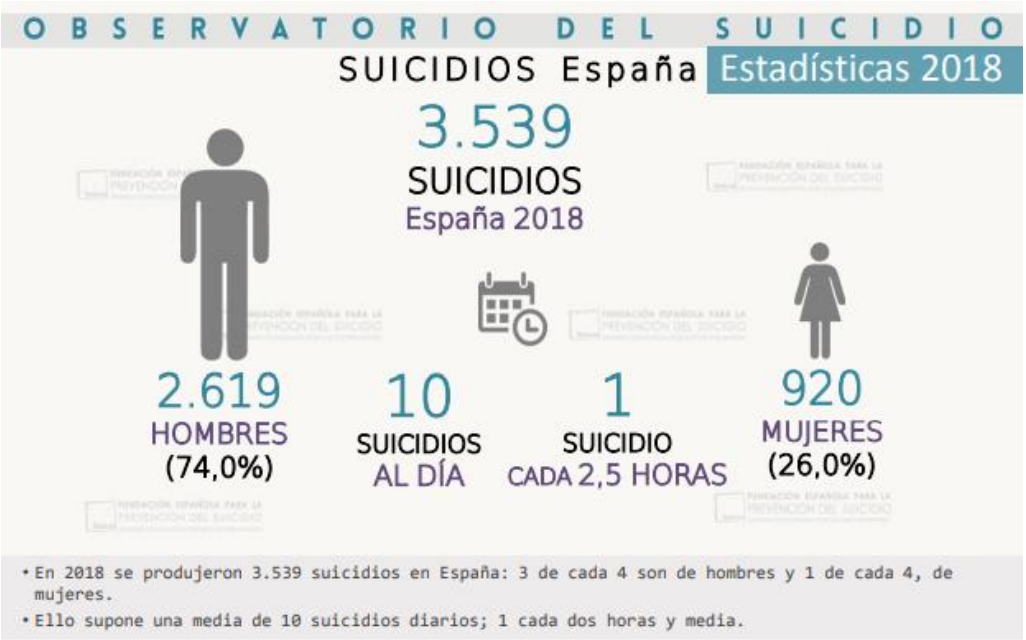


Ilustración 12.Estadísticas sobre suicidios en España, año 2018.

Con respecto a 2017, se produjo una disminución de ciento cuarenta (140) defunciones (lo que equivale un 3,8% menos), de las que noventa y nueve (99) se correspondían a varones y cuarenta y una (41) a mujeres (disminuciones del 3,6% y 4,1% respectivamente) (FSME, 2018).

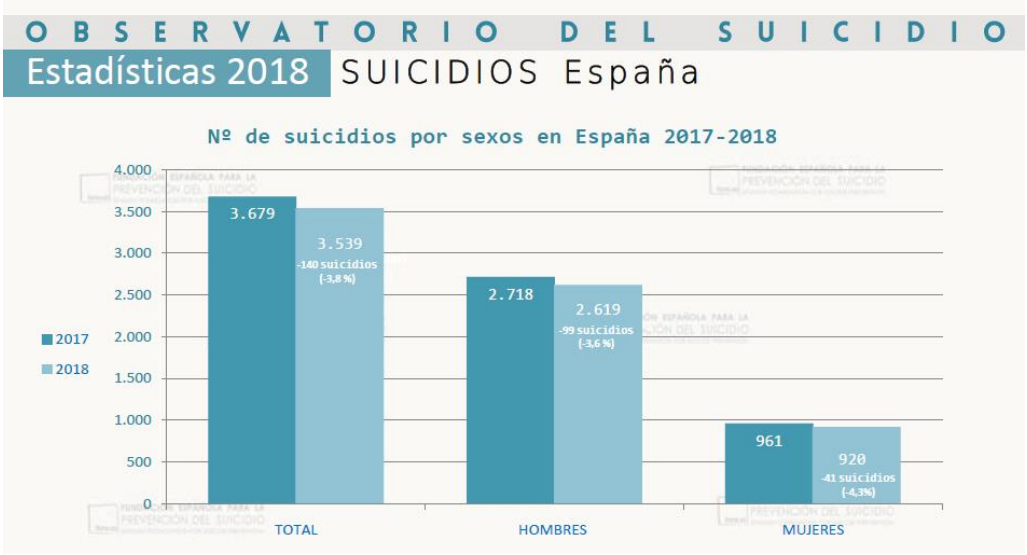


Ilustración 13. Número de suicidios por sexos en España, años 2017-2018.

Las tasas por 100.000 habitantes posteriores a 2011 están ajustadas a la población estándar europea. Las anteriores a ese año están ajustadas a la población estándar de 1999.

Como puede verse en la siguiente ilustración, en el año 2018 el número de suicidios se volvió a igualar a las cifras del 2012, después de haber fluctuado con notables crecimientos y ligeros descensos desde entonces. Por sexos las cifras se comportan de una manera muy pareja (FSME, 2018).

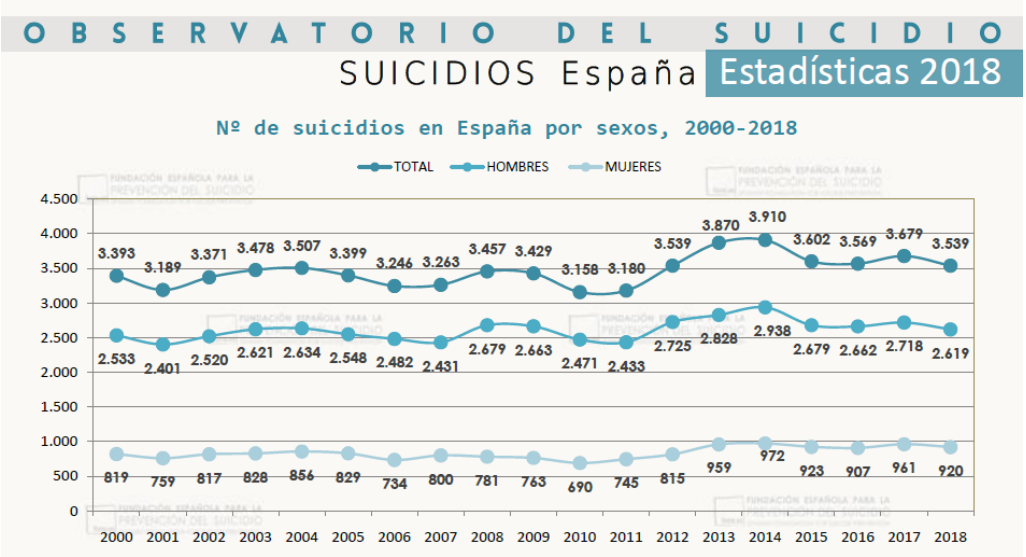
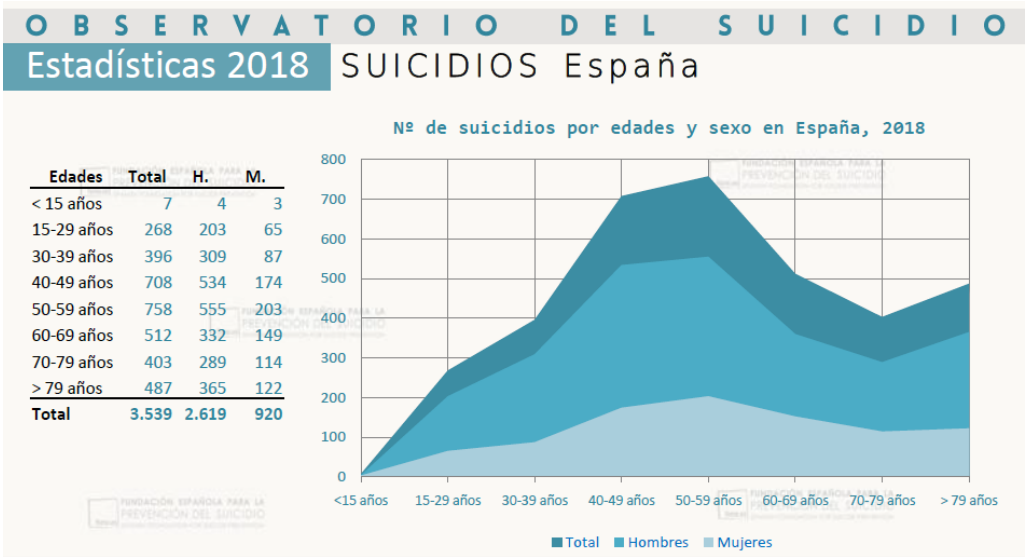


Ilustración 14. Número de suicidios por sexos en España, años 2000-2018.

En cuanto a los grupos de edad, el mayor número de suicidios se produce entre los 40 a 69 años con mil cuatrocientas cincuenta y cuatro (1454) muertes, que representan un 41% del total. Especialmente preocupante también las muertes que se producen en personas mayores de 70 años: casi novecientos (900) fallecimientos al año (FSME, 2018).

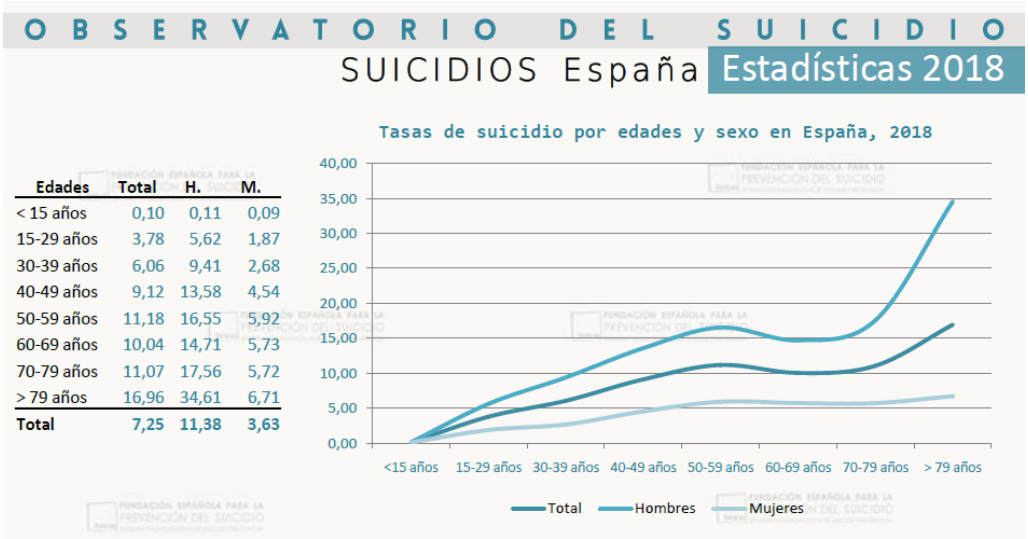
Estadísticas por edad y sexo sobre suicidios en España del año 2018, según los datos del Observatorio del Suicidio (FSME, 2018).



Edades	Total	H.	M.
< 15 años	7	4	3
15-29 años	268	203	65
30-39 años	396	309	87
40-49 años	708	534	174
50-59 años	758	555	203
60-69 años	512	332	149
70-79 años	403	289	114
> 79 años	487	365	122
Total	**3.539**	**2.619**	**920**

Ilustración 15. Número de suicidios por edad y sexo en España, año 2018.

El riesgo de suicidio aumenta con la edad, sobre todo en varones, correspondiendo la tasa más alta con hombres mayores de 79 años. Con lo que respecta a edades tempranas, en el caso de los hombres el riesgo se multiplica por 7; para las mujeres el riesgo se multiplica por 3 (FSME, 2018).



Edades	Total	H.	M.
< 15 años	0,10	0,11	0,09
15-29 años	3,78	5,62	1,87
30-39 años	6,06	9,41	2,68
40-49 años	9,12	13,58	4,54
50-59 años	11,18	16,55	5,92
60-69 años	10,04	14,71	5,73
70-79 años	11,07	17,56	5,72
> 79 años	16,96	34,61	6,71
Total	**7,25**	**11,38**	**3,63**

Ilustración 16. Tasa de suicidios por edad y sexo en España, año 2018.

En lo que a comunidades autonómicas se refiere, aunque Andalucía es la comunidad con mayor número de suicidios (18,5% del total), seguida de Cataluña, la Comunidad Valenciana, la

Comunidad de Madrid y Galicia, las mayores tasas de suicidio se registran en Asturias, Galicia, Murcia y Canarias; la media de España se sitúa en 7,25 suicidios por 100.000 habitantes (FSME, 2018).

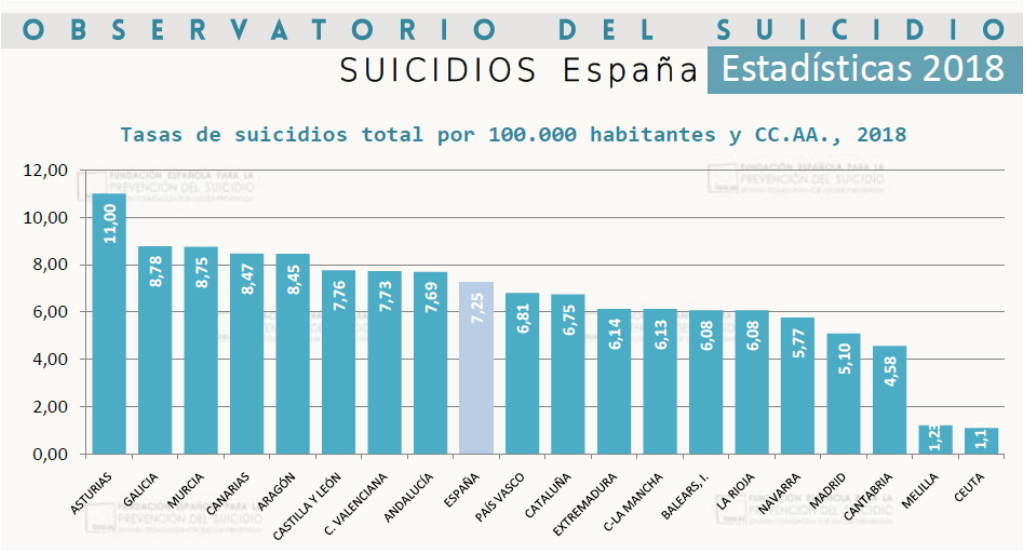


Ilustración 17. Tasa de suicidios total por 100.000 habitantes y CC.AA, año 2018.

En cuanto a las ratios de suicidio hombre/mujer por comunidades españolas en el año 2018, la media española registró una ratio de 2,81 hombres por mujer. Las ratios más altas se dan en Extremadura (4,8:1), Cantabria (3,95:1) y Aragón (3,8:1), mientras que las comunidades con las tasas más bajas son Galicia, Asturias y la Comunidad de Madrid (el ratio en las tres comunidades es de 2,0:1) (FSME, 2018).

Ilustración 18. Ratio de suicidios hombres/mujeres en España por CC.AA., año 2018.

Por provincias, las tasas más altas se dan en Jaén (con 12 suicidios por 100.000 habitantes), Asturias y Lugo (con 11 por suicidios por 100.000 habitantes) y A Coruña, Huesca, Soria y Ávila (con 10 suicidios por 100.000 habitantes); en contraposición con Badajoz, Cantabria, Guadalajara y Madrid, donde se dan las tasas más bajas (5 suicidios por 100.000 habitantes en todas ellas) (FSME, 2018).

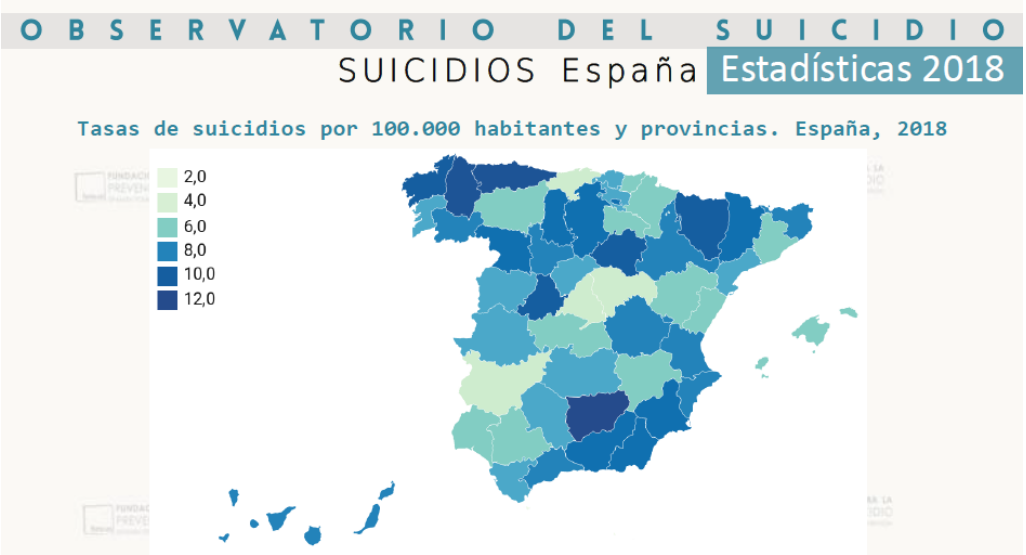


Ilustración 19. Tasas de suicidio por 100.000 habitantes y provincias de España, año 2018.

2.4. Factores vinculados a la conducta suicida

El análisis epidemiológico ayuda a identificar tanto factores de riesgo como de protección frente al suicidio. La base de toda respuesta eficaz de prevención es la identificación de ambos factores dada la estrecha relación que guardan con dicha conducta. Lo más habitual es que estos factores actúen de manera acumulativa, lo que incrementa la vulnerabilidad de la persona.

2.4.1. Factores de protección

En contraposición a los factores de riesgo están los factores de protección, que orientan muchas intervenciones de prevención al fortalecimiento de estos factores y tienen por objetivo disminuir la probabilidad de un suicidio en presencia de los factores de riesgo. Se puede hacer una clasificación de los tipos de factores protectores, la cual se refleja en la siguiente tabla (Avalia-t, 2012) (GVAL, 2017):

Factores de protección internos o personales	Factores de protección externos o sociales
• Habilidades en la resolución de conflictos o problemas. • Confianza en uno mismo. • Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales. • Capacidad de adaptación frente a situaciones de adversas (flexibilidad cognitiva).	• Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo, sino su fuerza y calidad. • Integración social. • Poseer creencias y prácticas religiosas, espirituales o valores positivos. • Accesibilidad a los dispositivos de salud (acceso a tratamiento integral, permanente y a largo plazo).

Tabla 2. Factores de protección.

2.4.2. Factores de riesgo

En cuanto a los factores de riesgo, si bien hay algunos que tienen un peso específico mayor que otros, el nivel de riesgo aumenta proporcionalmente a mayor número de factores que la persona presente. Estos factores pueden clasificarse en: internos o externos; individuales o sociales; modificables o inmodificables en la GPC; proximales (coyuntural) o distales (a lo largo de la vida).

En cuanto a la primera distinción, la siguiente tabla recoge algunos de los posibles factores de índole interno/externo (familiar y contextual) que conviene considerar (Avalia-t, 2012) (GVAL, 2017).

Factores internos	Factores externos (familiares y contextuales)
• Intentos de suicidio previos • Depresión mayor. • Abuso de alcohol y otras sustancias. • Otros trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de personalidad. • Factores psicológicos: desesperanza y rigidez cognitiva. • Edad: adolescencia y edad avanzada.	• Historia familiar de suicidio (heredabilidad). • Factores sociales y ambientales: estado civil, falta de apoyo social, nivel socioeconómico y situación laboral. • Historia de maltrato físico o abuso sexual. • Dificultades para obtener acceso y asistencia

• Sexo: los hombres presentan mayores tasas de suicidio consumado y las mujeres mayor número de intentos de suicidio. • Presencia de enfermedad crónica o incapacitante.	adecuada. • Guerras. • Desastres naturales. • Discriminación. • Aislamiento social. • Violencia.

Tabla 3. Factores de riesgo.

Dentro de los factores de riesgo individuales hay que prestar especial atención a los intentos de suicidio previo (es el predictor más importante, siendo entre 20 y 30 mayor durante el primer año después del intento) (Avalia-t, 2012) y a los trastornos mentales :

- Están presentes en aproximadamente el 90% de las personas que se suicidan y contribuyen en un 47-74% al riesgo de suicidio de la población.
- Los trastornos afectivos, seguidos de los trastornos por consumo de sustancias (especialmente el alcohol) y la esquizofrenia, son los trastornos más relacionados con esta conducta, y la comorbilidad incrementa considerablemente el riesgo de suicidio12.
- La depresión mayor es el trastorno mental más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general.
- Entre un 25-50% de los pacientes con trastorno bipolar realizan un intento de suicidio.
- En pacientes con esquizofrenia, el riesgo de suicidio es 30-40 veces mayor que para la población general y se estima que entre el 25-50% de ellas harán un intento de suicidio a lo largo de su vida.
- Una de cada cuatro mujeres con trastornos de la conducta alimentaria presenta antecedentes de ideación o conducta suicidas.
- El riesgo de suicidio es seis veces mayor en las personas con abuso de alcohol que en la población general.
- El riesgo de suicidio para las personas con trastornos de personalidad límite es un 4-8% superior al de la población general.

Otra clasificación de los factores de riesgo de la conducta suicida se puede realizar encuadrándolos en distintos campos, como el biológico, el psicológico, el social, el familiar o el

ambiental (Avalia-t, 2012):

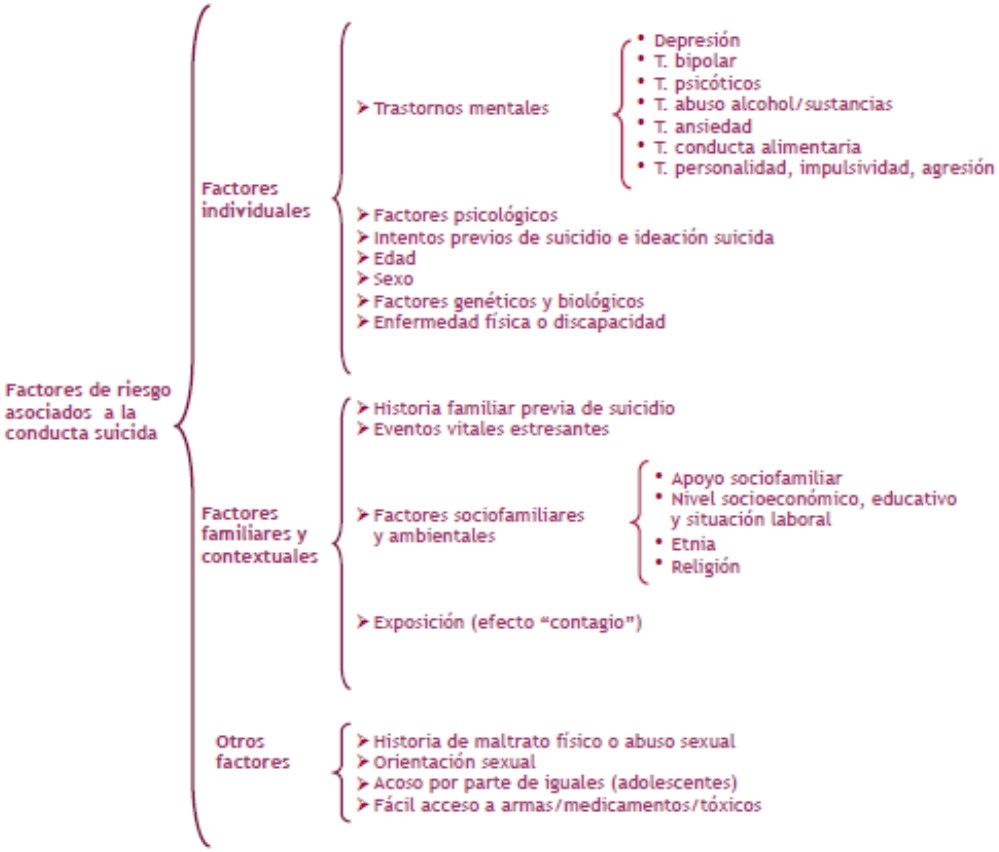


Gráfico 1. Factores asociados a la conducta suicida.

2.4.3. Factores desencadenantes

En relación con los factores de riesgo están los factores precipitantes o desencadenantes del suicidio. Existen ciertos factores sociales (acontecimientos vitales estresantes), factores psicológicos o la facilidad de acceso a medios de suicidio que pueden propiciar la realización de esta práctica.

Como comentaba en el capítulo anterior, las personas que recurren a esta práctica están tratando de evadir un sufrimiento o de una situación que les parece imposible solventar. Por tanto, buscan alcanzar un "alivio" o remedio a sentimientos de culpa, vergüenza o dolor. A menudo, las personas se sienten víctimas y manifiestan emociones de pérdida, rechazo o soledad y las tentativas pueden interpretarse como peticiones de ayuda.

Dentro de los posibles síntomas están la dificultad de concentrarse o pensar claramente, tener comportamientos autodestructivos (hacerse cortes en el cuerpo, tomar alcohol en exceso),

alejarse de amigos o no querer salir y/o cambiar hábitos alimenticios o de sueño (Simpson, 2007: 1335-51).

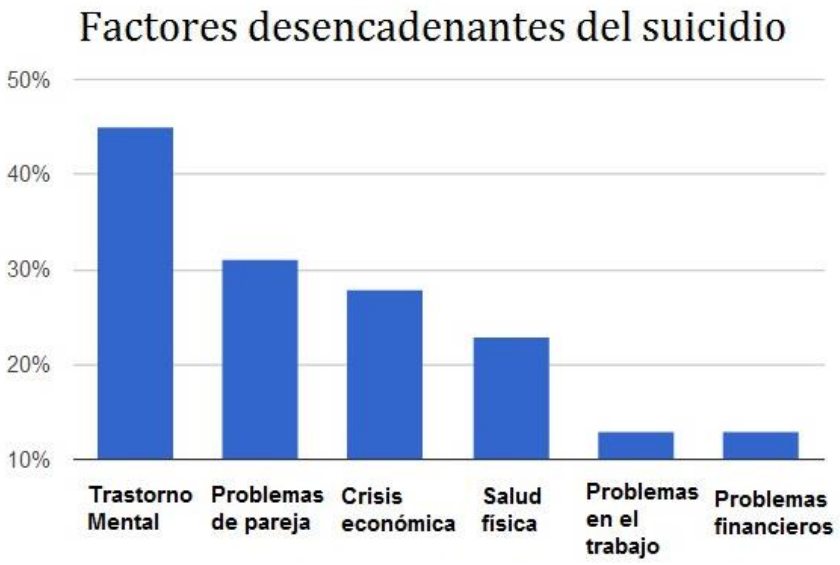


Ilustración 20. Factores desencadenantes del suicidio.

Finalmente, algunos de estos factores son comunes en los distintos grupos de edad y otros son más frecuentes en determinadas etapas de la vida. Entre los factores comunes están:

- Diagnóstico reciente de una enfermedad grave, tanto en la persona como en el entorno, o exacerbación o agravamiento de un problema previamente diagnosticado.
- Síndromes dolorosos no controlados.
- Desastres naturales.
- Pérdida de seres queridos (incluidos animales de compañía).
- Existencia de entorno suicida (por ejemplo: suicidio cercano reciente).
- Experiencias y vivencias traumáticas: agresiones y malos tratos, acosos y humillaciones, abusos sexuales, etc.
- Aumento o consumo de tóxicos.
- Frecuente estado de embriaguez o intoxicación.
- Imputaciones o condenas judiciales.
- Disputas y conflictos con familiares o personas cercanas.
- Embarazo no deseado o aborto.
- Cambios vitales bruscos no deseados.
- Alta por hospitalización psiquiátrica (primera semana).

Por grupos de edad, la siguiente tabla refleja los factores precipitantes según la etapa considerar (Avalia-t, 2012) (GVAL, 2017):

Adolescencia	Adultos	Vejez
• Descubrimiento o no aceptación (propia o ajena) de la homosexualidad. • Fracaso escolar. • Bullying, acoso, humillaciones, malos tratos. • Abuso sexual, violaciones. • Separación o pérdida de amigos o compañeros. • Cambios habituales de residencia y de entorno social. • Desengaño amoroso. • Muerte de un ser querido. • Problemas disciplinarios escolares, presión escolar, periodos de exámenes. • Entorno suicida, entorno para cometer suicidio. • Embarazo prematuro. • Separación de los padres o graves conflictos conyugales, con instrumentalización del hijo.	• Historia familiar de suicidio (heredabilidad). • Fracaso profesional. • Pérdida de empleo (primer año) o dificultades económicas. • Pérdida de estatus o prestigio social. • Ruptura conyugal, desengaño amoroso. • Jubilación.	• Empeoramiento de enfermedades, aumento del dolor, fracaso, desahucio, o hastío terapéutico, aumento de la dependencia. Pérdida de funciones físicas o psicológicas básicas. • Institucionalización. • Malos tratos. • Cambio periódico de domicilio. • Viudez (primer año). • Pérdida de interés por la vida, debut depresivo. • Pérdida de la fe.

Tabla 4. Factores precipitantes frecuentes según etapa vital.

"Te he dicho que yo no sentía miedo respecto a mi propia muerte, ni siquiera un prejuicio contra el suicidio. Pero sentía inmensa consideración por la vida de los demás."

Anne Rice

CAPÍTULO 3: SITUACIÓN ACTUAL SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

En las últimas décadas, tanto la conciencia como el conocimiento sobre el suicidio ha aumentado de manera considerable. Sin embargo, todavía queda mucho camino y trabajo que realizar para poder abordar mejor este complejo fenómeno. Por ejemplo, la epidemiología ayuda a identificar factores desencadenantes, de riesgo y de protección frente a esta conducta no sólo en la población general, sino también segregando en grupos más vulnerables. Además, permite conocer diferencias en función de culturas y regiones sociodemográficas.

Por otro lado, la investigación permite entender la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de comportamientos suicidas (WHO, 2014).

Tal y como se explica en el punto 1.4. Metodología, en lo referente a políticas nacionales e internacionales, el presente trabajo se estructura partiendo desde una mirada internacional, con la revisión de planes y estrategias de prevención del suicidio, para después aterrizarlo en el caso de España. Para el estudio nacional, además de revisar la información ofrecida por organismos oficiales (guías y protocolos de prevención del suicidio de Comunidades Autonómicas y documentación del MSCBS), se contacta con dichas entidades (Unidades de Salud Mental de las Comunidades Autónomas, MSCBS, Ministerio de Educación); así como con diversas fundaciones y asociaciones tanto nacionales como locales (Confederación Salud Mental España, el Teléfono de la Esperanza, Fundación Española para la Prevención del Suicidio, Fundaciones Españolas de Psiquiatría y Psicología, Asociación Papageno, Justalegría, por dar algunos ejemplo).

De estos acercamientos salen numerosas entrevistas (dieciséis en total) con profesionales que trabajan en los ámbitos sanitarios, educativos y periodísticos. Para conocer el tratamiento de esta problemática en mayor profundidad en el sector educativo se realiza un total de veintisiete (27) encuestas a antiguos alumnos de medicina, psicología, enfermería, trabajo y educación social, periodismo y comunicación pertenecientes a distintas provincias. Si se quiere conocer en detalle el proceso metodológico, volver a revisar el punto 1.4. Metodología.

3.1. Prevención del suicidio a nivel mundial

A principios de la década de los 90, las NNUU, con el apoyo de la OMS y tras la consulta de diversos profesionales y expertos en la materia, publicó el documento Prevención del suicidio: directrices para la formulación y la implementación de estrategias nacionales (UN, 1996). El escrito enfatizaba la necesidad de la colaboración intersectorial, los enfoques multidisciplinarios, las continuas evaluaciones y revisiones, y también, se identificaron elementos clave como medios necesarios para aumentar la eficacia de las estrategias de prevención del suicidio. Además, el documento remarcaba que las naciones que buscan abordar el suicidio requieren tanto de una estrategia para la prevención del suicidio nacional, como de un organismo coordinador/líder para desarrollar, implementar y monitorear dicha estrategia.

Posteriormente, en 1999, la OMS creó el primer programa específico a nivel mundial para la prevención del suicidio: SUPRE (*SUICIDE PREVENTION)* (OMS, 2012a), donde elaboraba el mayor y mejor conjunto de recursos operativos para abordar esta problemática. Además, ponía en marcha un estudio para evaluar y medir la intervención: el Estudio de Intervención Multicéntrico sobre Conductas Suicidas (SUPRE-MISS) (WHO, 2018a) aunque, desafortunadamente, dicho estudio no pudo evidenciar resultados estadísticamente significativos respecto al grupo de control (Bertolote, Fleischmann, De Leo, Philips, Botega, Vijayakumar, Silva, Schlebush, Nguyen, Sisask, Bolhari y Wasserman, 2010).

Entre los años 2000 y 2009, la OMS desarrolló un total de diez instrumentos dirigidos a grupos específicos sociales y profesionales, particularmente relevantes para la prevención del suicidio (OMS, 2000-2009). Entre los grupos objeto están: médicos generales, profesionales de los medios de comunicación, docentes y demás personal institucional, trabajadores de atención primaria de salud, atención en cárceles y prisiones, cómo establecer grupos de supervivientes,

recursos para consejeros, instrumentos en el trabajo y, por último, policías, bomberos y otros socorristas de primera línea.

Posteriormente, en el año 2013, la OMS adoptó el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 (OMS, 2013a), que supuso el mayor hito reciente a nivel mundial ya que en dicho plan se recogen las claves para la elaboración de un plan de prevención de la conducta suicida ajustado a cada territorio. A priori, el ciclo de ejecución iba a ser entre los años 2013 y 2020, pero en la 72ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA72), en mayo de 2019, se decidió ampliar el periodo de ejecución hasta el año 2030.

En ese mismo año, la OMS presentaba la base de datos MiNDbank (OMS, 2013b), una plataforma en línea que ofrece el intercambio de recursos sobre salud mental, abuso de sustancias, discapacidad, salud general, derechos humanos y desarrollo. Proporciona un fácil acceso a una serie de recursos nacionales e internacionales en todo el mundo, incluyendo políticas, estrategias y leyes nacionales de salud mental, atendiendo la prevención del suicidio, demencia, discapacidad intelectual y autismo; políticas, estrategias y leyes nacionales de salud general; normas de servicios nacionales para salud mental, salud general, infancia/juventud y personas mayores o evaluaciones de políticas, estrategias, leyes y servicios para salud mental, discapacidad, salud general, abuso de sustancias, infancia/juventud y personas mayores entre otros recursos.

Un año después, en 2014, la OMS publicó su primer informe mundial sobre prevención del suicidio Prevención del suicidio: un imperativo mundial (OMS, 2014). En este informe, al igual que se hizo en aquel primer manuscrito publicado por las NNUU un par de décadas atrás, el Director General de la OMS hacía un llamamiento para que los países empleen un enfoque multisectorial que abordara el suicidio de manera integral, reuniendo a las diferentes partes interesadas, y que estuviera basado en los recursos y contextos actuales.

Desde entonces, el número de solicitudes que la OMS ha recibido de países que quieren recibir asistencia técnica para la elaboración de planes de prevención del suicidio o para revisar y comentar sus estrategias nacionales no ha dejado de crecer. Para dar respuesta a dichas solicitudes, la OMS trabaja tanto a nivel regional como nacional, junto con colaboradores y socios, incluyendo la Asociación Internacional de Prevención del suicidio (IASP).

Cuando las NU publicaron aquellas guías en la década de los 90 (UN, 1996), solamente Finlandia contaba con una respuesta sistemática respaldada por el gobierno para desarrollar un

programa nacional de prevención del suicidio y fue Noruega, en 1995, el primer país en publicar una estrategia nacional de prevención del suicidio.

A día de hoy, unos 40 países de todos los niveles de ingresos cuentan con estrategias nacionales de prevención del suicidio e incluso, algunos de estos países –sean los casos de Noruega, Suecia, Finlandia o Australia– ya han desarrollado e implementado revisiones sobre sus planes nacionales. Sin embargo, son sólo unos pocos países con niveles de ingresos bajos o medios los que han adoptado una estrategia nacional de prevención del suicidio, a pesar de que el 79% de los suicidios ocurren en estas regiones (WHO, 2018b). Para consultar el listado de los países que cuentan con estrategias nacionales de prevención del suicidio se puede consultar el Anexo II, donde se incluye, además, una descripción general de los planes.

Finalmente, otro esfuerzo a nivel mundial en la prevención del suicidio es la creación del Día Internacional de la Prevención del Suicidio (IASP, 2021a), organizado por la Asociación Internacional de Prevención del suicidio (IASP). Desde el año 2003, el 10 de septiembre de cada año se ha establecido como una forma de centrar la atención en los problemas relacionados con el suicidio en todo el mundo y supone una oportunidad para que las personas y países creen conciencia sobre la importancia de su prevención.

Además, algunos países han ampliado este día a una semana o mes para enfatizar la importancia de atender este problema de salud pública. Además, en el año 2017, la IASP lanzó los Grupos de Interés Especial para el desarrollo de estrategias y prácticas nacionales efectivas en la prevención del suicidio del Suicidio (IASP, 2021b).

3.2. Prevención de la conducta suicida en Europa

A continuación, se recogen los principales programas de prevención de la conducta suicida realizados en Europa. En la siguiente tabla no se recogen todos los programas europeos existentes dado que, como se comentaba al final del capítulo anterior, algunos países cuentan con sus propias estrategias y planes estatales, sino aquellos en los que participan varios países y, por tanto, existe una cooperación para el abordaje de un problema mundial tan complejo (FSME, s.f.a).

Nombre	Tipo de programa	Destinatarios	Países participantes	Participación España	Periodo de realización	Objetivos
EAAD (*European Alliance Against Depression*)	Intervención	Diferentes grupos sociales: población general, médicos de familia y centros sociales	Austria, Francia, Bélgica, Grecia, Italia, Chile, Croacia, Eslovenia, Kosovo, Alemania, Reino Unido, Hungría, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Noruega y España	Distrito barcelonés de la Dreta de l´Eixample	Desde el 2004 en adelante	Objetivo principal es desestigmatizar el concepto social e informar para prevenir. Crear relaciones directas entre los especialistas de atención primaria y los diferentes grupos sociales susceptibles e involucrados en mejorar la detección y tratamiento de la patología depresiva
OSPI-Europe (*Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe*)	Preventivo experimental	Población general	Estonia, Reino Unido, Bélgica, Países Bajos, Irlanda, Hungría, Eslovenia, Portugal, Alemania y Austria	No	Octubre 2008 - Marzo 2013	Implementar el programa EAAD (5 niveles de intervención; N1, educación y formación de médicos de atención primaria; N2, concienciación pública.; N3, formación de los facilitadores comunitarios-sacerdotes, trabajadores sociales, profesores, medios de comunicación; N4,

						propuestas para grupos de alto riesgo y apoyo de actividades de autoayuda y de familiares; y N5, la restricción de medios letales) a la vez.
PREDI-NU (*Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU*)	Divulgativo	Población general	España, Hungría, Estonia, Alemania e Irlanda	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)	Septiembre 2011 - Agosto 2014	Contribuir a la promoción de la salud mental y la prevención de la depresión y las tendencias suicidas a través de tecnologías de la información y la comunicación (TICs). Desarrollar una herramienta guiada de autogestión basada en internet para la depresión leve a moderada.
EUREGENAS (*European Regions Enforcing Actions Against Suicide*)	Preventivo	Población general	Italia, Bélgica, Suecia, Rumanía, Finlandia, Alemania, Eslovenia, Reino Unido y España	Escuela Andaluza de Salud Pública, Fundación Progreso y Salud (Andalucía) y Fundación	2010 - 2014	Encontrar las mejores prácticas en prevención del suicidio y elaborar documentación práctica que sirva. Contribuir a la prevención de pensamientos y conductas suicidas en Europa, a través del desarrollo y la implementación de estrategias para la prevención del suicidio a

				Intras (Castilla y León)		nivel regional, que posteriormente puedan ser utilizadas en la Unión Europea como ejemplo de buenas prácticas.
SEYLE (*Saving and Empowering Young Lives in Europe*)	Preventivo experimental	Adolescentes	Alemania, Austria, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Rumania y Suecia	Universidad de Oviedo	Enero 2009 - Diciembre 2011	Disminuir la frecuencia de comportamientos suicidas y su tasa de repetición en adolescentes europeos. Como objetivos específicos se pueden señalar.
MONSUE (*European Multicentre Study on Suicidal Behaviour and Suicide Prevention*)	Descriptivo	No posee, es un estudio epidemiológico-descriptivo	España, Suecia, Suiza, Italia, Dinamarca, Hungría, Estonia, Bélgica, Alemania y Eslovenia	Universidad de Oviedo	Junio 2007 - Junio 2010	Comparar datos de suicidio e intentos de suicidio en un estudio multicéntrico. Identificar las estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria más eficaces (incluso se atreve con una propuesta de Plan Europeo para la Prevención de Suicidio).
SUPREME (*Suicide Prevention through*	Preventivo experimental	Jóvenes entre 14-24 años	España, Estonia, Lituania, Inglaterra, Italia y Hungría	IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones	Septiembre 2010 - Septiembre 2013	Prevenir el suicidio y problemas de salud mental en jóvenes de entre 14 y 24 años mediante la creación de una página web interactiva y

Internet and Media Based Mental Health Promotion)				Médicas) de Barcelona		adaptada culturalmente a los países participantes en el estudio, así como su difusión mediante medios de comunicación y nuevas tecnologías. Construir un circuito de atención profesional sanitaria para la detección precoz de situaciones de riesgo de suicidio en jóvenes y establecer alianzas con otros servicios especializados en prevención de suicidio.

Tabla 5. Programas de prevención de la conducta suicida en Europa.

3.3. Prevención del suicidio en España

Como ya se ha comentado con anterioridad, la conducta suicida es un fenómeno tan complejo que tratar de abordar esta problemática exclusivamente desde el ámbito de la sanidad es quedarse corto. Con la finalidad de tener una visión lo más completa posible se hace una aproximación holística donde, además del ámbito sanitario, también se hace un acercamiento desde las ramas de la comunicación y la educación.

Para ello, en lo relativo a sanidad, se han realizado numerosas entrevistas con profesionales que forman parte de organizaciones nacionales o locales que trabajan en la prevención, el acompañamiento tras una crisis o tentativa, en la postvención; asociaciones y Confederación Salud Mental España; fundaciones nacionales de prevención del suicidio, de psicología y de psiquiatría; observatorios del suicidio; psicólogos y psiquiatras dentro de las administraciones de Salud Mental de diversas comunidades autónomas, profesionales de atención primaria y servicios de emergencia, hasta llegar a consultas al Ministerio de Sanidad, así como las Subdirecciones Generales de Salud Pública, Atención Primaria, de Epidemiología.

En la esfera de la comunicación, se ha podido hablar con periodistas especializados en el tratamiento que se hace del suicidio en medios de comunicación y con asociaciones y grupos de profesionales vinculados (o no) a la temática del suicidio, como es la Federación de Asociaciones de Periodistas de España.

En lo que a educación se refiere, se ha entrevistado a docentes de los grados universitarios tanto de periodismo como de psicología, como a antiguos alumnos de las carreras de medicina, psicología, enfermería, trabajo y educación social, periodismo y comunicación. Además, se han realizado consultas a los Ministerio de Educación y Formación Profesional y Ministerio de Universidades. Finalmente, también se ha tenido una entrevista con la Secretaria General del Consejo Escolar del Estado. Para consultar el modelo de las preguntas seguidas en la entrevista se puede consultar el Anexo I.

3.3.1. Prevención del suicidio: ámbito sanitario

El SNS cuenta con una Estrategia en Salud Mental que fue elaborada en el año 2006. Posteriormente, se actualizó para el periodo 2009-1013. Desde entonces, dicho SNS no ha sido

actualizado y, desafortunadamente, esta estrategia no posee un objetivo específico orientado en la prevención del suicidio (FSME, s.f.b).

Dicha estrategia lleva varios años en revisión y actualización. Sin embargo, se desconoce cuándo estará disponible y tampoco se dispone de un borrador público que se pueda consultar. Aunque se anuncia que el abordaje de la conducta suicida tendrá un peso importante dentro de dicho plan y que haya estudios actualizados que concluyen que la implementación de estrategias nacionales son una herramienta efectiva para reducir la tasas de muerte por suicidio (Lewitzka, Sauer y Bauer, 2019), no está previsto que se desarrolle una estrategia específica de prevención del suicidio.

Lo que sí existe es una Guía de Prácticas Clínicas (GPC) de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Avalia-t, 2012), publicada en 2012, formando parte del Programa de Guías en el SNS y que fue revisada en el año 2020 (Avalia-t, 2020). Dicha revisión concluyó que las recomendaciones y otros contenidos clínicos relevantes continúan siendo vigentes y que está previsto valorar la necesidad de actualización de la GPC transcurridos cinco años desde dicha revisión.

El propósito de dicha GPC es contribuir a reducir la variabilidad de la práctica clínica en el manejo de la conducta suicida, sirviendo como apoyo a los profesionales sanitarios implicados a la hora de toma de decisión, favoreciendo y mejorando de esta manera la salud y calidad de vida de la población. Además, pretende mejorar la información de pacientes y familiares y que se vea favorecida así su participación en la toma de decisiones y, adicionalmente, que la información de a la que la sociedad tiene acceso se incremente tanto en cantidad como calidad, de manera que se favorezca la reducción del estigma social asociado a los problemas de salud mental y el suicidio.

A falta de un plan, programa o estrategia a nivel estatal, las iniciativas, proyectos y protocolos se reducen a propuestas autonómicas y, más concretamente, a actuaciones locales. Por ende, podemos decir que en España existen diecisiete realidades distintas, correspondiente cada una a las distintas comunidades autonómicas de nuestro país. Algunas comunidades cuentan con planes integrales de prevención de la conducta suicida, otras cuentan con códigos o protocolos sanitarios, las hay que tienen bien plan integral, bien código y, finalmente, también las hay que no poseen ni plan ni código y sus acciones son articuladas a través del plan de salud mental de la comunidad.

La siguiente tabla –elaborada con datos facilitados por la Sociedad Española de Suicidología el 8 de abril de 2021– sintetiza y refleja la situación actual en la prevención del suicidio en nuestro país en el ámbito sanitario:

Comunidad Autonómica	Plan o código/protocolo para la prevención del suicidio
Andalucía	Se encuentra elaborando un plan de prevención integral. Hace años editaron una guía de orientación que no es un protocolo, procedimiento o código de riesgo sanitario.
Aragón	Se encuentra elaborando un plan de prevención integral del que actualmente se dispone de un documento marco.
Asturias	Posee un protocolo sanitario.
Baleares	Posee un plan integral pendiente de aprobación oficial. Aunque no posee un protocolo o código como tal, desde hace años viene implantando equipos especializados en su servicio autonómico de salud.
Canarias	No posee plan ni código. Sus acciones las vehicula a través del plan de salud mental.
Cantabria	El hospital Marqués de Valdecilla dispone de la APP de monitorización intensiva para el manejo de la conducta suicida y prevención del suicidio (CARS).
Castilla la Mancha	Posee un plan integral y una guía para Atención Primaria, pero no puede considerarse un código/protocolo como tal.
Castilla y León	Cuenta con un protocolo de prevención y atención de la conducta suicida, que se incluye en el Plan Estratégico de Salud de la comunidad.
Cataluña	Posee un código de riesgo suicida y ha elaborado un plan de prevención que está pendiente de aprobación oficial.
Extremadura	Posee plan integral y un código de riesgo que están implantando en su servicio autonómico de salud.
Galicia	Posee un plan integral.
Madrid	No posee plan integral. Sus acciones las vehicula a través del plan de salud mental. Posee planes y guías, pero no pueden considerarse un código/protocolo como tal.
Murcia	No posee plan ni código.
Navarra	Aunque no posee ni plan ni código, sí que cuenta con un protocolo de coordinación interinstitucional. Tiene intención de diseñar un código sanitario que se integre en el Plan Estratégico de Salud.

País Vasco	Posee una estrategia integral y Osakidetza (el servicio vasco de salud) está diseñando un código de riesgo suicida.
La Rioja	Posee plan integral, pero no código sanitario.
Comunidad Valenciana	Posee plan integral y un código de derivación para Atención Primaria.

Tabla 6. Resumen de situación actual en la prevención del suicidio por comunidades.

En cuanto a las ciudades autonómicas de Ceuta y Melilla, ninguna de las dos posee plan integral o código para la prevención del suicidio. Hasta aquí la revisión de la prevención de la conducta suicida en el ámbito sanitario.

3.3.2. Tratamiento del suicidio en los medios de comunicación

La prevención del suicidio no le corresponde únicamente al sistema sanitario, por eso se realiza el trabajo de revisar qué tratamiento se hace del suicidio en los medios comunicación, a fin de saber si se está haciendo una comunicación efectiva, neutral o, si por el contrario, la manera de hablar sobre este fenómeno no es la adecuada.

Para empezar, la sociedad actual en la que vivimos está prácticamente desinformada sobre el suicidio y son muy pocas personas –y en su mayoría profesionales del sector sanitario– los que conocen que al día, en nuestro país, mueren al menos diez personas por esta causa. La razón de este desconocimiento es que los medios de comunicación apenas informan sobre ello. Entre las causas de que no se informe está el estigma –*stigma* en latín, "στίγμα" en griego; significa "marca hecha en la piel con un hierro candente"– que rodea a todo lo relacionado con la salud mental y, más concretamente, con el hecho de que el suicidio sea un tema tabú.

Los medios sienten miedo o mucho respeto a escribir sobre el tema porque viven anclados a la idea que hablar sobre el suicidio provoca un aumento de estas muertes, también conocido como efecto *Werther*, desconociendo que el suicidio se puede prevenir y que hablar sobre ello de una manera adecuada puede salvar muchísimas vidas, efecto Papageno. Es por ello que, ya en el año 2000, la OMS publicó un informe llegando a esta conclusión, junto con un instrumento dirigido a grupos sociales y profesionales de los medios de comunicación particularmente relevantes para la prevención del suicidio. En los siguientes años fue ampliando estas herramientas incluyendo recomendaciones para otros profesionales (OMS, 2000-2009).

Por su parte, desde el MSCBS también se han publicado recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación (Avalia-t, 2012). Además, las propias agencias de comunicación como Agencia EFE y periódicos como el País o el Mundo cuentan con códigos oiintológicos donde se incluyen los criterios acerca de cómo comunicar sobre el suicidio.

A pesar de todas estas recomendaciones y códigos de buenas prácticas, lo cierto es que la gran mayoría de los periodistas no han recibido dicha información y cuando hablan del suicidio lo hacen desde el desconocimiento y, generalmente, de manera inadecuada (Córdoba, 2019) (Rivera, 2019).

3.3.3. Educación en salud mental y prevención del suicidio

A pesar de la magnitud y complejidad del problema, la prevención del suicidio también es un tema pendiente en materia de educación. Tras entrevistar a veintisiete antiguos alumnos de las carreras de medicina, psicología, enfermería, trabajo y educación social, periodismo y comunicación de nueve Comunidades Autónomas (Galicia, País Vasco, Cataluña, Navarra, Castilla y León, Comunidad de Madrid, Castilla la Mancha, Andalucía y Canarias) y profesores de grados en psicología de Universidades de Asturias y Castilla y León, las conclusiones que se extraen son las siguientes:

- Nula o escasa inclusión sobre la prevención del suicidio en los temarios académicos.
- El antiguo alumnado –que son ahora los vigentes profesionales– que quieren formarse y profundizar sobre el tratamiento del suicidio, o acerca de la prevención de la conducta suicida, tienen que hacerlo por su cuenta realizando estudios de postrado, o por medio de formaciones con elevados costes.
- El profesorado no ha sido formado en la materia y cuando deciden incluirlo en sus asignaturas es por iniciativa propia (más facilidad para implementarlo en universidades privadas).

Estos resultados eran de esperar dado que, a nivel estatal, el Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre (BOE, 2007), por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales que determina las directrices para el diseño de los títulos de grado no incluye de ninguna manera la prevención del suicidio.

En cuanto a la enseñanza obligatoria no universitaria, tampoco se aboga por una salud que dedique algún tipo de atención a la salud mental. Es por ello que en la actual Ley de Educación, Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre (BOE, 2020), sólo se encuentran menciones del tipo: "La promoción de la salud en el ámbito educativo contribuye que los grupos de población más joven, […], desarrollen una vida más saludable; Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales […]; Desarrollar actitudes y adquirir conocimientos vinculados al desarrollo sostenible y a los efectos del cambio climático y las crisis ambientales, de salud o económicas y promover la salud y los hábitos saludables de alimentación, reduciendo el sedentarismo".

Por tanto, toda iniciativa existente se limita al ámbito autonómico y, como en el caso de la sanidad, nos encontramos con diecisiete realidades distintas, una por cada Comunidad. En este trabajo, únicamente se ha hablado con el organismo representante de la Comunidad de Madrid y, aunque sí que hay iniciativas para hacer llegar protocolos de actuación de conductas suicidas a centros formativos no universitarios de manera que el personal de los centros sepan cómo trabajar en la prevención del suicidio, todavía existe mucho trabajo por hacer para abordar de una manera correcta e integral este problema tan complejo. Además, para que medidas como las guías que se facilitan a los centros sean efectivas, previamente el personal docente, de dirección y de apoyo debe estar formado.

Por tanto, se puede decir que la educación, de la misma manera a como ocurría con la sanidad y los medios de comunicación, debe adaptarse a una necesidad tan real como *invisible* con la mayor brevedad posible, y dicha regulación deberá estar alineada desde el nivel estatal, para después ajustarse a las Comunidades.

3.3.4. Prevención del suicidio, nuevas tecnologías y redes sociales

Dado que vivimos en el siglo XXI, en la era de las nuevas tecnologías y las redes sociales, este capítulo de Situación Actual Sobre la Prevención del Suicidio no podía cerrarse sin analizar qué hacen las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) al respecto. Por tanto, a continuación se recogen iniciativas y proyectos desde los que se trabaja en la prevención del suicidio desde un punto de vista tecnológico.

Para empezar, quiero destacar el proyecto STOP (*Suicide prevenTion in sOcial Platforms*) cuyo objetivo es detectar problemas de salud mental según lo expuesto en redes sociales (STOP, s.f.). Detrás de STOP hay psicólogos, psiquiatras e investigadores de las Universidades Pompeu Fabra y de Barcelona, el Hospital Parc Taulí, la Fundación FITA, las Universidades de Lyon y la Suiza Italiana que han desarrollado este proyecto basado en la inteligencia artificial para buscar, detectar y estudiar patrones de conducta suicida en Twitter. Según sus estimaciones, el análisis de textos o imágenes puede identificar con un 85% de precisión la existencia de comportamientos suicidas.

Otro ejemplo de la utilización de la inteligencia artificial en la prevención del suicidio lo encontramos en la investigación realizada en el Centro Medico de la Universidad de Vanderbilt (VUMC, por sus siglas en inglés) durante los meses de mayo a abril de 2020 (Walsh, 2021). Los investigadores sometieron a un ensayo prospectivo un algoritmo de aprendizaje automático para predecir intentos suicidas. El algoritmo utilizaba la información de rutina de los registros médicos electrónicos para calcular el riesgo de visitas por 30 días por intento de suicidio y, por ende, la ideación suicida. La precisión del algoritmo es del 92% para predecir los intentos suicidas que ocurrirían en la próxima semana; y del 80 a 90% sobre los intentos de suicidio que ocurrirían en los próximos dos años (Aparicio, 2019).

Al margen de estas iniciativas del uso de la inteligencia artificial para favorecer la prevención del suicidio, también señalar dos propuestas en forma de aplicaciones móviles. La primera de ellas es CALMA, una App interactiva en español para el manejo de crisis y reducción de la vulnerabilidad de la persona en riesgo a través de estrategias de terapia dialéctico comportamental o DBT, desarrollada por un grupo de investigadores y con evidencia científica (App Calma, 2017).

Esta aplicación dispone de 2 modos, uno para cuando la persona se encuentra en crisis y otro para cuando no se está en ese estado. Cuando la persona activa el botón de crisis, la App solicita información sobre su estado de ánimo y se le presentan cartas con propuestas de actividades. Tras finalizar las actividades se le vuelve a pedir información sobre su estado y en caso de no haber mejora se cambia la estrategia. Cuando la persona no está en crisis, la aplicación interactúa con el usuario para recoger “motivos para vivir”.

La segunda aplicación se llama *Emotional Faces Memory Task*, desarrollada en la *Icahn*

School of Medicine en Monte Sinaí, y consiste en identificar las emociones que muestran una serie de rostros y memorizarlos (MobilhealthNews, 2018). Aunque el proceso es sencillo, tal y como indica su coautor, Brian Iacoviello, «La aplicación permite apuntar a las anomalías en el pensamiento de pacientes con depresión y activar dos modos de procesamiento simultaneo». Tras la investigación, en las personas que seguían la intervención los síntomas depresivos se redujeron un 42%, frente al 15,7% del gel grupo de control (Stimuluspro, 2017).

En cuanto a las redes sociales, plataformas como Facebook e Instagram ya incluyen funciones para prevenir el suicidio. Bien sea por el uso de inteligencia artificial –como en el caso de Facebook–, bien sea por algoritmos que responden cuando el usuario publica *hashtags* como depresión, suicidio o alguna otra etiqueta relacionada con autolesión.

Cuando los motores de rastreo de Facebook identifican mensajes que puedan marcar un patrón peligroso para el usuario, el sistema avisa a moderadores humanos que evalúan la posibilidad de enviar recursos a la persona; desde mensajes con información de apoyo, alertas a sus amigos o directamente contactando con entidades locales (Barbieri, 2018).

En el caso de Instagram, cuando se busca un *hashtag* relacionado con depresión, suicidio o autolesión, se muestra un mensaje mostrando opciones al usuario para tratar de ayudarle. Si el usuario selecciona la opción de más información se abre una nueva ventana con tres opciones: Hablar con un amigo, Hablar con un voluntario de una línea de ayuda, Encuentra formas de sentirte mejor tal y como se muestra en la imagen (Contreras, 2016).

Imagen de la función para prevenir suicidios en Instagram.

Ilustración 21. Función para prevenir suicidios en Instagram.

Twitter tampoco es ajeno a la problemática e incluye el servicio #BuscaAyuda, en colaboración con el Teléfono de la Esperanza, que ofrece recursos avanzados en tema de salud mental a aquellas personas que se encuentran en situación vulnerable, animándolas a buscar y a conseguir la ayuda en los momentos que la puedan necesitar. Al igual que ocurre en Facebook e Instagram, cuando un usuario introduce en la barra de búsqueda términos asociados con el suicidio o autolesiones, la aplicación muestra una pantalla con información de los detalles de contacto del Teléfono de la Esperanza, tal y como se muestra en la siguiente imagen (Twitter, s.f.).

Imagen de la función para prevenir suicidios en Twitter.

Ilustración 22. Función para prevenir suicidios en Twitter.

Para cerrar el capítulo de nuevas tecnologías y prevención del suicidio en redes sociales, decir que TikTok todavía no cuenta con funciones específicas como las otras redes anteriormente mencionadas. Con lo que sí que cuenta, al igual que ocurre con las otras plataformas señaladas en el trabajo, es con una página de recursos para la prevención de suicidios donde se recoge información sobre autoayuda, formas de buscar apoyo emocional, sugerencias para ponerse en contacto con alguien de confianza y con profesionales. El listado completo de organismos que trabajan en la prevención de suicidios por país y que se recoge en las páginas de estas redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, TikTok) puede verse en el Anexo III.

"Si no te gusta lo que te sucede,
cámbialo, tú no eres un árbol."
Jim Rohn

CAPÍTULO 4: RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

Una vez conocido el estado actual, tanto a nivel internacional como nacional, en materia de prevención del suicidio y en vista de que España, a día de hoy, mayo de 2021, todavía no cuenta con políticas nacionales contra la prevención de la conducta suicida, en este capítulo se recogen una serie de propuestas para una posible Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS actualizada o para un posible Plan Nacional para la Prevención de la Conducta Suicida.

La base de estas propuestas son las más de quince entrevistas llevadas a cabo con diversos profesionales de distintos sectores (sanidad, educación y comunicación) que trabajan de manera más o menos directa en la prevención del suicidio, así como en testimonios de supervivientes y sobrevivientes de suicidio. Gracias a todas estas conversaciones, y a las lecturas de artículos científicos y libros sobre el tema, se ha podido adquirir una visión holística al respecto y, por ende, me es posible realizar las recomendaciones que se indican a continuación.

4.1. Imagen real

Para empezar, el punto de partida debe ser una buena imagen real, actualizada y segregada sobre los datos de suicidio, entendiendo por tal no sólo las cifras del número de muertes por esta causa (por edad, sexo, región, etc.), sino también del número de tentativas y conductas autolíticas o posibles problemas vinculantes (ya sea de salud física, mental o social). Aunque los datos oficiales del INE para el año 2018 son de tres mil quinientas treinta y nueve personas (3.539), las cifras difieren de las que se recogen en los Institutos de Medicina Legal (IML) y podríamos estar hablando de, al menos, mil (1.000) muertes más por esta causa cada año (Giner y Guija, 2014: 139-145).

Además, hay otras ocho mil (8.000) muertes catalogadas como "causas externas" que se notifican al Registro Civil de manera prematura –sin esperar a los resultados definitivos de la

autopsia–, siendo este dato el que puede llegar al INE, y que, por consiguiente, hace que muchos fallecimientos por suicidio queden encubiertos en otras causas de muertes (Ansede y Clemente, 2017).

Aunque la complejidad del fenómeno, así como el registro adecuado de las cifras, es elevada, el punto de partida para una buena prevención deber pasar por tener esta imagen real. Sin conocer posibles problemas relacionados (factores de riesgo como el maltrato, el abuso del alcohol u otras sustancias, problemas psicológicos, antecedentes familiares o de conductas autolesivas, etcétera), las diferencias en cuanto a condiciones geográficas y socioculturales, así como de grupos vulnerables (adolescentes, personas mayores, personas en cárceles) es muy difícil tomar medidas preventivas adecuadas y la efectividad de las acciones queda sumamente comprometida.

4.2. Sensibilización social

El segundo punto de estas recomendaciones consiste en concienciar y sensibilizar sobre este problema a la sociedad. No hablar y evitar toda alusión no es la solución. Esto es un hecho dado que las cifras de suicidios se han mantenido relativamente estables desde hace décadas –entre las tres mil ciento ochenta y nueve (3.589) muertes en el año 2001 y los tres mil novecientos diez (3.910) fallecimientos en el año 2014 (FSME, 2018)– cuando no se hablaba absolutamente de ello. Además, tampoco se ha visto un incremento en el número de muertes desde este último lustro donde sí se viene haciendo algo de mención al respecto.

Desde los medios de comunicación, se debe informar de una manera positiva y respetuosa sobre la importancia que hay que dar a cuidar nuestra salud mental, de la necesidad de acudir a psiquiatras y psicólogos de una manera natural (sin que haya obligación de acudir únicamente cuando ya haya un problema) cuando sea necesario de la misma manera que se recurre a otros profesionales cuando tenemos otras patologías –normalmente de naturaleza física.

La importancia en comunicar de una manera adecuada y respetuosa contribuye favorablemente a reducir el estigma que rodea a la salud mental y al suicidio. El suicidio se puede predecir y, por tanto, hablar de ello puede ayudar a prevenirlo. Si se favorece que más personas se animen a hablar sobre problemas de este tipo de salud o sobre ideación suicida sin sentirse juzgadas, tal vez, puede significar que dichas personas se decidan a pedir ayuda y que así puedan

recibir la atención, apoyo y cuidados que se merecen.

4.3. Capacitaciones a profesionales

Otra de las carencias más significativas está en la educación. Por tanto, el tercer punto pasaría por mejorar la preparación de los actuales y futuros profesionales. Con esto no sólo me refiero al personal médico, o de grados en enfermería, psicología, trabajo y educación social, sino también a profesionales que puedan tener que dar respuesta en situaciones de crisis: desde maestros y profesores hasta bomberos, policías y cuerpos de seguridad en general.

El beneficio de este aspecto es doble; por un lado, no sólo las personas que ofrecen una atención directa estarían más preparadas para detectar señales de conducta suicida, sino que brindar una respuesta coordinada ante una situación de crisis entre profesionales formados puede tener un resultado mucho más eficiente, lo que se traduciría en poder salvar más vidas.

España sí que cuenta con una GPC de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del SNS del 2012 y revisada en el 2020 (Avalia-t, 2020), el problema es que esta guía debería ser un complemento de la instrucción en prevención de la conducta suicida –formación que no existe. Por tanto, la recomendación consiste en el aumento de la capacidad de detección que complete a las estrategias de intervención.

Con relación a este punto y al anterior, si la sociedad conoce los factores de riesgo, posibles desencadenes, así como factores de protección y, a su vez, está más preparada para detectar las posibles señales de conductas suicidas o autolíticas –tanto en su propia persona como en las que tienen a su entorno más cercano–, es posible que se pueda dar una detección y consiguiente atención más temprana que evite que determinadas situaciones se agraven no sólo en el tiempo, sino también en su impacto.

4.4. Refuerzo de recursos

El cuarto aspecto consistiría en reforzar los recursos destinados a la prevención del suicidio. Para empezar, habría que incrementar la ratio de psicólogos públicos por habitante para que España no esté cinco (5) veces por debajo de la media europea (Infocop, 2020).

Si se incrementa el número de psicólogos por habitante se acortarían los tiempos de

espera entre consultas, sobre todo en los casos que haya habido un intento. Los primeros meses tras una tentativa son donde mayor riesgo de recaídas puede haber y si se reduce esa ventana de tiempo donde la persona no está siendo atendida, se reducirá la probabilidad de que la persona vuelva a intentar quitarse la vida.

Dentro de estos recursos, también se incluiría la mejora la atención inmediata tras un intento, así como la mejora de historias clínicas en relación con los diagnósticos y el seguimiento de conductas suicidas y autolíticas. Hay ocasiones en las que la persona recibe el alta médica tras una tentativa por "contar con un entorno favorable" y otras donde la persona realiza el ingreso en la unidad psiquiátrica. Esta decisión debe realizarse en cuestión de horas y, a veces, tomadas por profesionales residentes de medicina cuya experiencia todavía no es muy amplia. Disponer de unidades de microinternamiento (de dos a tres días) podría ayudar a una toma de decisiones más asentada y se estarían evitando tanto las altas precipitadas como los ingresos evitables –ahorrando a la persona un paso por una unidad hospitalaria cuya experiencia es, a menudo, muy traumática.

Para aumentar la eficacia de la prevención del suicidio hay que priorizar los grupos de riesgo y vulnerables (adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años, personas mayores, personas en cárceles, profesionales con acceso a medios o personas con problemas psicológicos entre otros). Por consiguiente, hay que crear un plan que incluya programas con acciones asistenciales a estos grupos.

Otro de los recursos que se viene reclamando desde hace tiempo es un número de tres dígitos para la atención del suicidio. Podría servir tanto teléfono de emergencias al que contactar bien sea la persona en crisis, bien sea el familiar o alguien cercano que esté preocupado y quiera recibir el apoyo o las indicaciones sobre cómo actuar.

Para cerrar este punto, decir que la inversión en salud mental es una apuesta segura para el SNS y una necesidad en el caso del suicidio. Tal y como se afirmaba en el XXII Congreso Nacional de Psiquiatría del año 2019, "por cada euro invertido en salud mental el sistema sanitario ahorra 18" (FSME, s.f.c).

4.5. Investigación

Como quinta línea estratégica incluiría a la investigación. Para poder afirmar que las tasas

de suicidio en países como Noruega, Suecia, Finlandia y Australia se han visto reducidas gracias a la implementación de programas y estrategias nacionales de prevención del suicidio se necesita realizar estudios de investigación que lo corroboren (Lewitzka, Sauer y Bauer, 2019).

La evidencia científica es imprescindible si se quiere justificar empíricamente por qué invertir en tratamientos para la depresión y la ansiedad supone una rentabilidad del 400% (Infocop, 2012). Ocurre de manera similar con la prevención del suicidio. Para poder decir que invertir en prevención supone un ahorro para la sociedad hay que demostrarlo, no basta con decirlo sin que haya datos que lo abalen. Por tanto, hay que destinar recursos para que profesionales de equipos multidisciplinares realicen investigaciones sobre los efectos positivos que tiene invertir dinero en la prevención de conducta suicida.

Otra de las ramas de la investigación es el estudio de las causas de este fenómeno, su tratamiento y la manera de intervenir. Se sabe que esta conducta es muy compleja, que es multicausal y que, además, entre los factores de riesgo y desencadenantes hay aspectos sociales, así como que no afecta por igual a todas las personas (existencia de los grupos vulnerables). Todavía no hemos salido de la pandemia por la COVID-19 y saber qué impacto tiene en las tasas de suicidio es de suma importancia para trabajar en la prevención (Arrizabalaga, 2018). Por tanto, las líneas de investigación son variadas y queda mucho trabajo por hacer.

4.6. Aplicar políticas públicas

La evolución política –a nivel estatal– en lo que a salud mental y prevención del suicidio se refiere puede resumirse en los siguientes puntos:

- **11 de diciembre de 2012**: Se aprueba, con 319 votos a favor y 1 abstención, una Proposición No de Ley (páginas 41 a 49), promovida por Unión Proyecto y Democracia (UPyD) y relativa a “la promoción dentro de la estrategia de salud mental de acciones para una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio” (BOE, 2012: 41-49).
- **12 de marzo de 2014**: Proposición ante el Congreso de los Diputados de una Proposición No de Ley, por parte de UPyD, relativa al “desarrollo de un Plan nacional de prevención del suicidio”, que es aprobada por unanimidad (BOE, 2014, 15-18).

- **10 de septiembre de 2014**: En la sesión del Congreso de los Diputados del día 10 de septiembre de 2014 (Día Mundial de la Prevención del Suicidio), Gaspar Llamazares (GIP) y Rosa Díez (UPyD) vuelven a preguntar por el estado de cumplimiento de la Proposición No de Ley suscrita en diciembre de 2012, instando al gobierno a su cumplimiento (BOE, 2014: 103).
- **14 de octubre de 2014**: Estas preguntas son contestadas por el gobierno el 14 de octubre de 2014 (páginas 348 y 349) (BOE, 2014: 348-349). Las respuestas a dichas preguntas recogen que las medidas para la prevención del suicidio que deben ser abordadas dentro de la Estrategia en Salud Mental del SNS.
- **14 de enero de 2015**: UPyD vuelve a preguntar (páginas 239-240) cuándo estará disponible la nueva Estrategia en Salud Mental del SNS y qué medidas se van a tomar para prevenir el suicidio (BOE, 2015: 10-12).
- **25 de marzo de 2015**: El Grupo Parlamentario Popular presenta una Proposición no de Ley relativa a la "actualización de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud" que es aprobada por unanimidad (BOE, 2015: 239).
- **11 de abril de 2017**: El Grupo Parlamentario Mixto presenta una Proposición no de Ley relativa a la creación de un Plan nacional de prevención contra el suicidio (BOE, 2017: 2).
- **14 de noviembre de 2017**: Aprobación de la Proposición no de Ley relativa a la creación de un plan nacional de prevención contra el suicidio, aprobada por unanimidad, con una enmienda transaccional firmada por los Grupos Parlamentarios Popular, Ciudadanos, Socialista, Mixto y Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea (BOE, 2017: 70).

A pesar de que la Proposición no de Ley fue aprobada, desde entonces no ha habido ningún avance: ni ha habido renovación del Plan Nacional del SNS ni se ha elaborado una Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio. Por tanto, las recomendaciones a nivel político son las siguientes:

- Aplicar la Proposición no de Ley de noviembre de 2017 sobre la elaboración de una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS.
- En base a dicha estrategia, elaborar, implementar o evaluar y adaptar los planes autonómicos ya existentes.

- Actualizar el Plan Nacional del SNS, dotando de los recursos económicos y humanos necesarios para mejorar no solo la cantidad, sino también la calidad de la atención sanitaria.
- Promover campañas de sensibilización que contribuyan a reducir el estigma que rodea tanto a la salud mental como la problemática del suicidio, de manera que se naturalice el acudir a profesionales en psiquiatría o psicología.
- Restringir medios letales (instalación de barreras físicas en puntos de riesgo, regulación de dosis de medicamentos administradas, regulación de acceso a armas de fuego, etc.).

4.7. Educación

Por último, y no por ello menos importante, está el campo de la educación. La enseñanza es el pilar fundamental de una sociedad y una de las formas de conseguir cambios estructurales, sostenibles y que permanezcan con el paso del tiempo es a través de la formación a las personas (niños y niñas, jóvenes y adolescentes, hombres y mujeres de todas las edades).

Conociendo la magnitud y las trágicas consecuencias de este problema, se debe hacer un trabajo colectivo para educar, desde edades tempranas, en aspectos como el reconocimiento y la gestión de emociones, la inteligencia emocional y habilidades del manejo de situaciones ante posibles crisis (de estrés o ansiedad, de rupturas sentimentales, de problemas laborales…), así como la empatía.

Esta educación se irá adaptando en cuanto al grado de profundidad y complejidad a las edades de las personas. De este modo, por ejemplo, una educación temprana a niños y niñas en gestión de frustración podrá hacer que estas personas, cuando crezcan, hayan desarrollado una capacidad de resiliencia mayor a que si nunca hubiesen recibido este tipo de educación.

Una vez entren en la etapa adolescente, se les puede educar en los distintos tipos de patologías psicológicas existentes: trastornos alimenticios, del ánimo, de personalidad, de atención, etcétera. Tener conciencia de los problemas existentes no significa que éstos se vayan a desarrollar, sino que se estará capacitando a las personas a identificar señales o indicios de posibles enfermedades, así como situaciones de riesgo que si son atendidas por los profesionales adecuados en los momentos tempranos puede que no lleguen a desarrollarse o, en caso de hacerlo, que su intensidad o duración sea menor a que si no se hubiesen atendido de manera

temprana.

Esta educación no finalizará una vez haya concluido la etapa de la adolescencia, sino que se seguirá trabajando en todo momento, dado que el estrés, la ansiedad o problemas de sueño se acentúan a medida que las personas tienen que hacer frente a las responsabilidades de la etapa adulta.

Como se veía en el punto 4.3. Capacitaciones a profesionales, la formación a profesionales también dejaba que desear. Es por ello que la última de las recomendaciones consistiría en actualizar los planes de estudios de los grados relacionados con la salud (medicina, enfermería, psicología) o atención a personas (educación, trabajo social, policía, bomberos), así como los de periodismo o comunicación, ya que un correcto tratamiento de la salud mental o el suicidio en medios de comunicación favorece que se reduzca el estigma y el acudir a consultas con los profesionales adecuados.

4.8. Resumen de las recomendaciones

Para finalizar este capítulo, en la siguiente tabla se recogen las recomendaciones expuestas anteriormente junto con las líneas de actuación:

Recomendación	Líneas de actuación
1. Imagen real	Mejorar la calidad y la cantidad de los datos recogidos sobre el suicidio
	Mejorar las historias clínicas de las personas en riesgo suicida
2. Sensibilización social	Realizar campañas de concienciación y desestigmatización social sobre los problemas en salud mental y sobre la conducta suicida
	Concienciación social sobre las dimensiones reales del problema del suicidio
	Distribución eficiente de las recomendaciones para el tratamiento de la salud mental y el suicidio en medios de comunicación
3. Capacitaciones a profesionales	Formar a los profesionales sanitarios en los protocolos de atención a la conducta suicida, en base a la evidencia científica
	Mejorar la capacidad de los profesionales para una correcta evaluación y detección temprana de la conducta suicida
	Crear protocolos y capacitaciones ante crisis a bomberos y fuerzas de seguridad (policías, guardia civiles)
	Mejorar la coordinación entre los profesionales de respuesta ante situaciones

	de crisis
4. Refuerzo de recursos	Incremento del número de psicólogos por habitante para que España iguale la media europea
	Acortar tiempos de espera con los profesionales ante riesgo suicida
	Teléfono público de tres dígitos para atención a personas en crisis o como teléfono de referencia en situaciones de conducta suicida de familiares o seres cercanos
	Mejorar el seguimiento y atención de las personas que hayan intentado suicidarse
	Creación de unidades de microinternamiento que permitan realizar valoraciones más precisas evitando ingresos innecesarios o altas tempranas
	Crear programas asistenciales con especial atención a grupos de riesgo y vulnerables (adolescentes, personas mayores, personas en cárceles, personas con algún problema en salud mental)
5. Investigación	Destinar recursos para investigar y corroborar la evidencia de la necesidad de hacer inversión de recursos para la prevención de la conducta suicida
	Investigación sobre las causas, tratamientos y maneras de intervención eficientes en base a la evidencia científica
	Investigar sobre la repercusión de la COVID-19 en la salud mental y la conducta suicida
6. Políticas públicas	Aplicar la Proposición no de Ley de noviembre de 2017 sobre la elaboración de una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS
	Elaborar, implementar o evaluar y adaptar los planes autonómicos ya existentes
	Actualizar el Plan Nacional del SNS, dotando de los recursos económicos y humanos necesarios para mejorar no solo la cantidad, sino también la calidad de la atención sanitaria
	Promover campañas de sensibilización que contribuyan a reducir el estigma que rodea tanto a la salud mental como la problemática del suicidio, de manera que se naturalice el acudir a profesionales vinculados a la salud mental
	Restringir medios letales (instalación de barreras físicas en puntos de

	riesgo, regulación de dosis de medicamentos administradas, regulación de acceso a armas de fuego, etc.)
7. Educación	Educar a las personas en el reconocimiento, identificación y manejo de emociones
	Enseñar a gestionar frustraciones que permita desarrollar resiliencia ante adversidades personales y sociales
	Instruir a las personas para una correcta gestión de crisis y situaciones de riesgo (problemas de ansiedad, estrés, sueño)
	Actualización de planes de estudio de profesiones de atención y contacto con personas para el correcto abordaje de la salud mental, sus problemas y el tratamiento de la conducta suicida
	Inclusión de buenas prácticas en la comunicación sobre salud mental y el suicidio en medios de comunicación

Tabla 7. Resumen de las recomendaciones prácticas de estrategias para la prevención del suicidio en España.

Llegados a este punto, sólo queda decir que aunque previamente se han recogido una serie de recomendaciones para la prevención de la conducta suicida, no hay que olvidar ni desatender el cuidado a los supervivientes de las personas que se quitaron la vida. Es por ello que es igualmente necesario destinar recursos y tomar medidas de atención a la postvención. A continuación se recogen una serie de propuestas:

- Facilitar atención profesional a supervivientes desde centros de ayuda especializados.
- Creación de grupos de ayuda mutua a personas que tienen que afrontar el duelo tras la pérdida de un familiar o ser querido/cercano.
- Promover el asociacionismo entre supervivientes.
- Dar protagonismo a estos actores a la hora de concienciar sobre situaciones reales, haciéndolo siempre desde el máximo respeto.
- Ofrecer alternativas y acompañamiento en el tiempo que dure el duelo, sin pretensión de acortar tiempos de recuperación y priorizando el tratamiento cognitivo conductual frente al tratamiento farmacológico, dada su eficiencia y eficacia demostrada científicamente (Infocop, 2012).

"Fija tus ojos hacia adelante en lo que puedes hacer, no hacia atrás en lo que no puedes cambiar."

Tom Clancy

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS

En este capítulo se abordan las distintas conclusiones obtenidas a lo largo del desarrollo del trabajo, así como algunas orientaciones para líneas futuras de avance. También se dedica un apartado referido a la experiencia personal que ha supuesto desarrollar este Trabajo Fin de Máster.

5.1. Conclusiones

La idea central de este proyecto de investigación surge del deseo de conocer en profundidad el estado actual del tratamiento de uno de los principales problemas de salud que afecta a las personas con independencia de sus factores o circunstancias: la conducta suicida. Además, esta problemática se vincula de manera directa con la salud mental, que a su vez forma parte de una de las metas del ODS 3 – Salud y Bienestar; Meta 3.4 Enfermedades no transmisibles y Salud Mental.

Como se explicaba en el marco teórico, el punto central del trabajo era analizar la situación actual en materia de prevención del suicidio y ofrecer sugerencias que podrían ser incluidas en un plan de prevención de la conducta suicida adaptado para el caso de España. De esta manera, tras examinar en profundidad documentación de organismos oficiales, libros, trabajos y artículos, y tras numerosas entrevistas a profesionales de diversos sectores (sanidad, educación, periodismo), además de estudiantes de multitud de grados educativos, se llega a una serie de conclusiones:

- Importancia y necesidad de tomar medidas urgentes, así como destinar los recursos necesarios para realizar un abordaje de un problema que, cada año, se lleva la vida de cientos de miles de personas (según los datos de la OMS, más ochocientas mil (800.000) personas en el mundo, además de los indicios de que por cada intento consumado hay

más de otras veinte (20) tentativas) (OMS, 2019a).

- Aunque se trata de un problema global, la mayoría de suicidios se produce en países con niveles de ingresos bajos o medios (el 79% de los suicidios ocurren en estas regiones) (WHO, 2018b) y afecta más a hombres que a mujeres (a nivel mundial, la tasa de suicidios estandarizada por edad fue 1,8 veces mayor en los hombres que entre las mujeres) (WHO, 2019b).
- En España, desde el año 2008, el suicidio pasó a ser la primera causa de muerte no natural produciendo el doble de muertes que los accidentes de tráfico, siendo trece (13) veces más que homicidios y casi setenta (70) veces superior a las de violencia de género. Esta situación se mantiene invariable hasta el año 2018, año del que se disponen los últimos datos oficiales (los últimos datos publicados por el INE son en diciembre de 2019 y que están referidos al año anterior) (INE, 2018).
- El conocimiento de la población sobre el suicidio (datos, causas, factores relacionados, prevención, etcétera) es bajo o muy bajo. Una de las reacciones más comunes cuando se ha informado sobre el número de fallecidos por esta causa ha sido la de sorpresa y atonicidad debido a la elevada cantidad de muertes en comparación con otras causas "más comunes" o "sonadas" como son los fallecimientos en accidente de tráfico o muertes debido a la violencia machista.
- Falta de una imagen real que refleje de una manera más realista la magnitud de este problema. La diferencia entre los datos recogidos en el INE y los reflejados por los IML son notables (difieren en unas mil muertes al año). Además, se veía que hay otras ocho mil muertes catalogadas como "causas externas" que se notifican al Registro Civil de manera prematura –sin esperar a los resultados definitivos de la autopsia–, siendo este dato el que puede llegar al INE, y que, por consiguiente, hace que muchos fallecimientos por suicidio queden encubiertos en otras causas de muertes (Ansede y Clemente, 2017).
- España, a diferencia de otros países, no cuenta con un Plan Nacional de Prevención de la Conducta Suicida. Esto se debe a una ausencia de voluntad política ya que, a pesar de que han habido propuestas y se han aprobado Proposiciones No de Ley que pedían e instaban al Gobierno tanto a renovar el Plan Nacional del SNS como al desarrollo de una Estrategia Nacional contra el suicidio, el Gobierno sigue sin poner en marcha ningún mecanismo a nivel estatal, quedando las Comunidades como máximas responsable en el

desarrollo de dichos planes, sin tener una base común sobre la que trabajar.

- Importancia y efectividad de los planes de prevención del suicidio. En aquellos países donde se han tomado medidas (no sólo países de rentas altas han implementado planes de acción, sino también países de renta media y baja) se han conseguido reducciones en los ratios de muertes por suicidio (Lewitzka, Sauer y Bauer, 2019). Para consultar el listado de los países que cuentan con estrategias nacionales de prevención del suicidio se puede consultar el Anexo II.
- Debido a que no existe un Plan Nacional específico para este problema ni tampoco el suicidio se trata adecuadamente dentro del vigente Plan Nacional del SNS, en España coexisten 17 realidades distintas, una por cada Comunidad Autonómica. Tal y como se recogía en la tabla 5, dentro del punto 3.3.1 Prevención del suicidio: ámbito sanitario, hay comunidades que cuentan con planes integrales de actuación, otras con ciertos protocolos, y también comunidades donde, desafortunadamente, no exista absolutamente nada.
- A nivel educativo, la sociedad no recibe ningún tipo de educación en salud mental, gestión de emociones o capacitaciones para adquirir herramientas que permitan gestionar de manera adecuada posibles crisis. Nada. Esto hace que seamos personas que no estemos lo suficientemente preparadas a nivel psicoeducativo y que, ante problemas diarios de una dificultad moderada o situaciones externas graves (actual pandemia debido a la COVID-19), nuestra salud mental empeore en mayor magnitud, no sólo en intensidad, sino también en duración en el tiempo, a como lo haría su hubiésemos recibido algún tipo de enseñanza o preparación.
- Siguiendo dentro del campo de la educación, no sólo la población en general no recibe formaciones, sino que los actuales profesionales de medicina, psicología, enfermería, trabajo y educación social tampoco son preparados de una forma adecuada de manera que, si estos profesionales que trabajan de manera directa con personas no son capaces de identificar posibles factores de riesgo, o no conocen cómo trabajar la prevención del suicidio, no es de extrañar que las cifras de muertes por esta causa permanezcan constantes con el paso de los años.
- Otros profesionales miembros de algún cuerpo de seguridad (bomberos, policías, guardias civiles) tampoco reciben capacitaciones de ningún tipo en relación a la

prevención de conducta suicida o de respuesta ante emergencias. Es por ello que no se puede ofrecer una respuesta coordinada entre los distintos agentes que se ven implicados ante momentos de crisis.

- En lo que se refiere a comunicar sobre salud mental, suicidio y la prevención del mismo en medios de comunicación, a pesar de existir recomendaciones tanto desde la OMS como desde el MSCBS (MSCBS, 2020b), el tratamiento que se hace de éstos no es el adecuado. Aunque desde el último lustro se viene hablando más sobre estos temas en comparación con las últimas dos décadas, o bien los profesionales desconocen las recomendaciones o bien no aplican las mismas porque se siguen cometiendo los errores que se recogen en estas guías de comunicación (uso de imágenes inadecuadas, titulares sensacionalistas, inclusión de detalles innecesarios, etc.) y se siguen sin incluir recursos y alternativas de ayuda en las noticias publicadas.
- En relación al punto anterior, esto se entiende dado que, del mismo modo que ocurría en las carreras universitarias vinculados a la salud, en los grados y módulos de comunicación y periodismo apenas se hace mención a la prevención del suicidio o al cómo comunicar de una manera positiva para no perpetuar los mitos de que "hablar del suicidio hace que más gente se suicide", "únicamente se suicidan las personas que tienen problemas de salud" o "las personas que tienen problemas en salud mental son violentas", entre muchos otros.
- El suicidio se puede predecir y también se puede prevenir. Aunque no todas las muertes se podrán evitar, sí que es posible reducir el número de fallecimientos si se hace una comunicación positiva al respecto, lo que denominaba efecto Papageno (Arrizabalaga, 2018).
- Necesidad de invertir también en investigación para poder realizar estudios que corroboren que las tasas de suicidio se han visto reducidas gracias a la implementación de programas y estrategias nacionales de prevención del suicidio (Lewitzka, Sauer y Bauer, 2019); estudios que indaguen sobre el efecto de la COVID-19 en relación con la salud mental y las tasas de suicidio; sobre la causalidad y efectividad de tratamientos, etcétera.
- En lo que a organismos y asociaciones se refiere, existen distintos tipos en función de su actividad: por un lado, hay entidades que trabajan justo en el momento que se está

produciendo una crisis (Asociación Teléfono de la Esperanza, por dar un ejemplo); otras que trabajan brindando apoyo en la ventana de tiempo tras una tentativa y hasta que la persona acude a las citas con los profesionales de salud mental (casos de Associació Catalana Prevenció Suïcidi y Asociación Justalegría); también están las que trabajan en el duelo tras el fallecimiento o con personas supervivientes (Asociación Papageno o RedAIPIS-FAeDS). Por otro lado, están las asociaciones regionales que forman parte de la Confederación Salud Mental España que, además de atender a personas que puedan tener problemas psicológicos, también trabajan por la promoción de la Salud Mental y el cumplimiento de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad.

- Dar importancia a los actores supervivientes que puedan servir como testimonios positivos y realistas sobre esta problemática, de manera que ayuden a contribuir en la reducción del estigma que rodea tanto al suicidio como a la salud mental.
- Tener muy en cuenta las nuevas tecnologías como herramientas de ayuda y ser conscientes del arma de doble filo que las redes sociales pueden ser dado que, por un lado, permiten detectar problemas psicológicos o predecir conductas suicidas por medio de la inteligencia artificial, sirven como recursos de ayuda y puntos de información, pero por el otro, también hay estudios que ya demuestran el efecto negativo sobre la salud mental que provoca el uso no controlado de las mismas (FAROS, 2021).
- Finalmente, el abordaje que debe hacerse debe ser multisectorial (no únicamente desde la rama de la sanidad), en base a la evidencia científica, teniendo en cuenta los grupos de riesgo (adolescentes, personas con problemas psicológicos, en cárceles y personas mayores) y destinando recursos necesarios (refuerzo de profesionales, desarrollo e implementación de planes y estrategias, dotación de medios, etcétera).

5.2. Líneas futuras

El análisis de la situación actual en materia de prevención del suicidio desarrollado en el trabajo cubre de manera amplia los sectores de la sanidad, comunicación y política. También se ha visto cuál es la situación dentro de la educación pero, sin embargo, no lo cubre por completo. Teniendo en cuenta esto, se propone una nueva tarea para cubrir completamente el proceso de examen:

- **Revisar la situación actual por Comunidades de la prevención del suicidio en España**

El objetivo de esta tarea es determinar qué está haciendo cada Comunidad Autonómica en materia de prevención del suicidio, capacitación del profesorado y profesionales de los centros para poder detectar y actuar ante conductas suicidas.

5.3. Experiencia personal

A título personal, puedo decir que el desarrollo del trabajo, a nivel académico, me ha servido para adquirir y reforzar nociones y conocimientos sobre salud mental y estado de bienestar, el suicidio, problemas psicológicos, aspectos cada día más presentes en el mundo que nos rodea. A nivel de investigación, me ha servido para adquirir cierta experiencia a la hora de enfrentarme a un proyecto de tamaño mayor al que hasta ahora estaba acostumbrado a afrontar.

Una investigación se compone de muchas fases (desarrollo de hipótesis y preguntas, selección de documentación y revisión de fuentes, entrevistas, escritura del trabajo…) y éstas, a su vez, requieren el nivel de profundización y objetividad adecuado. Entender bien un fenómeno tan complejo y aprender a dar con las personas adecuadas ha supuesto todo un reto personal con el objetivo de no dejar ningún aspecto sin cubrir.

Finalmente, quiero agradecer una vez más la ayuda recibida por parte de mi tutor de proyecto porque, desde el principio, ha estado pendiente y me ha atendido y guiado correctamente, permitiéndome así finalizar este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

Referencias bibliográficas

Ansede, M., & Clemente, Y. (2017, 14 junio). *El imposible mapa de los suicidios en España*. EL PAÍS. Disponible en https://elpais.com/elpais/2017/06/12/ciencia/1497291180_123865.html/

Aparicio, D. (2019, 19 marzo). *La Inteligencia Artificial puede predecir el suicidio con mucha precisión*. Psyciencia. Disponible en https://www.psyciencia.com/la-inteligencia-artificial-puede-predecir-el-suicidio-con-una-precision-del-90/

App Calma (2017). *¿Necesitás ayuda o conocés a alguien que la necesita?* Disponible en https://www.appcalma.com/site/es/

Arrizabalaga, A. (2018, 3 diciembre). *Suicidio: se puede cambiar de opinión, el efecto Papageno*. EfeSalud. Disponible en https://www.efesalud.com/suicidio-cambiar-opinion-efecto-papageno/

Barbieri, A. (2018, 18 enero). *Facebook recurre a la inteligencia artificial para prevenir el suicidio*. Nobbot. Disponible en https://www.nobbot.com/redes/facebook-prevenir-suicidio/

Bertolote, José & Fleischmann, Alexandra & De Leo, Diego & Phillips, Michael & Botega, Neury & Vijayakumar, Lakshmi & Silva, Damani & Schlebusch, Lourens & Nguyen, Van & Sisask, Merike & Bolhari, Jafar & Wasserman, Danuta. (2010). *Repetition of Suicide Attempts Data from Emergency Care Settings in Five Culturally Different Low- and Middle-Income Countries Participating in the WHO SUPRE-MISS Study*. Crisis. 31. 194-201. 10.1027/0027-5910/a000052.

Contreras, M. (2016, 19 octubre). *Instagram agrega funciones para prevenir suicidios*. Clipset. Disponible en https://clipset.com/instagram-agrega-funciones-para-prevenir-suicidios/

Córdoba Santos, G. (2019, septiembre). *El tratamiento del suicidio en los medios de comunicación*. Universidad Complutense de Madrid.

Corpas Nogales JM. (2011, noviembre). *Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias*. Gaceta de Antropología, nº27 (2), artículo 33 Disponible en http://hdl.handle.net/10481/18682/

Durkheim, E. (2013). *El suicidio* (2.a ed.). Ediciones Akal.

FAROS Sant Joan de Déu. (2021, 6 abril). *Los riesgos de las redes sociales en la salud mental de los adolescentes*. Faros HSJBCN. Disponible en

https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/riesgos-redes-sociales-salud-mental-adolescentes/

Gargallo Bernad, A. (2017). *Revisión sistemática sobre la efectividad de las estrategias y programas de prevención de la conducta suicida a nivel nacional e internacional*. Universidad de Zaragoza.

Giner, L., & Guija, J. A. (2014). *Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 7(3), 139–146. Disponible en https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002/

Guerrero Díaz, M. (2019, noviembre). *Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica*, nº 55. Boletín Psicoevidencias. ISSN 2254-4046.

Jiménez Treviño L. (2003). *Breve aproximación a las conductas autolíticas*. ReNEPCA (Red Nacional para el Estudio y Prevención de Conductas Autolíticas). Disponible en http://www.renepca.com/docsl/aproximacion.html/

Lewitzka, U., Sauer, C., Bauer, M. et al. *Are national suicide prevention programs effective?* (2019). A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years. BMC Psychiatry 19, 158. Disponible en https://doi.org/10.1186/s12888-019-2147-y/

MobiHealthNews. (2018). *Emotional Faces Memory Task*. Disponible en https://www.mobihealthnews.com/tag/emotional-faces-memory-task/

Pérez Barrero SA, Peláez S. (2002, marzo). *La conducta suicida en las Sagradas Escrituras*. Revista Internacional de Tanatología y Suicidio. Vol 2, nº1.

Rivera Pascual, S. (2019). *Análisis del silencio en la generación y transferencia de conocimientos sobre suicidio*. Universidad de Valladolid.

Simpson, G; Tate, R. (2007, diciembre). *Suicidality in people surviving a traumatic brain injury: prevalence, risk factors and implications for clinical management*. Brain injury: [BI] 21 (13-14): 1335-51.

Stimulus | APP profesional de estimulación cognitiva. (2017, 9 agosto). *Tecnologías para prevenir el suicidio*. https://stimuluspro.com. Disponible en https://stimuluspro.com/blog/tecnologias-para-prevenir-el-suicidio/

STOP Project: *Suicide prevenTion in sOcial Platforms*. (s. f.). Disponible en https://stop-project.github.io/

Twitter. (s. f.). *#BuscaAyuda, el servicio para ayudar a prevenir el suicidio*. https://blog.twitter.com. Disponible en https://blog.twitter.com/es_es/topics/events/2018/PrevencionSuicidio.html/

Walsh, C. G. (2021, 12 marzo). *Prospective Validation of an Electronic Health Record–Based, Real-Time Suicide Risk Model*. Clinical Decision Support | JAMA Network Open | JAMA Network. Disponible en https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2777425/

Referencias oficiales

AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. (2007, 30 octubre). *Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales*. https://www.boe.es/. BOE-A-2007-18770 Disponible en https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-18770

AGENCIA ESTATAL BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. (2020, 30 diciembre). *Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación*. https://www.boe.es/. BOE-A-2020-17264. Disponible en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-17264

Bille-Brahe, Unni & WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. (1998). Suicidal behaviour in Europe: the situation in the 1990s. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponible en https://apps.who.int/iris/handle/10665/108117

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (2012, 19 diciembre). *Proposición No de Ley (páginas 41 a 49) BOCG - Congreso de los Diputados, serie D, núm. 197, de 19/12/2012*. https://www.congreso.es/. BOCG-10-D-197.CODI. Disponible en https://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/DS/PL/DSCD-10-PL-79.PDF

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (2014, 12 marzo). *Proposición No de Ley (páginas 15 a 18) BOCG. Congreso de los Diputados, núm. 23, de 19/04/2014*. https://www.congreso.es/. BOCG-DSCD-10-CO-523. Disponible en https://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/DS/CO/DSCD-10-CO-523.PDF

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (2014, 25 septiembre). *Control de acción del Gobierno – Preguntas para respuesta escrita (página 103). Congreso de los Diputados, serie D, núm. 523, de 25/09/2014*. https://www.congreso.es/. BOCG-10-D-523. Disponible en https://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/BOCG/D/BOCG-10-D-523.PDF#page=103

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (2014, 12 noviembre). *Control de acción del Gobierno – Preguntas para respuesta escrita (páginas 348 y 349). Congreso de los Diputados, serie D, núm. 557, de 12/11/2014*. https://www.congreso.es/. BOCG-10-D-557. Disponible en https://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/BOCG/D/BOCG-10-D-557.PDF

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (2015, 12 febrero). *Control de acción del Gobierno – Preguntas para respuesta escrita (página 239). Congreso de los Diputados, serie D, núm. 609, de 12/02/2015*. https://www.congreso.es/. BOCG-10-D-609. Disponible en https://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/BOCG/D/BOCG-10-D-609.PDF#page=239

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (2015, 25 marzo). *Proposición No de Ley (páginas 10 a 12) BOCG. Congreso de los Diputados, núm. 775, de 25/03/2015*. https://www.congreso.es/. DSCD-10-CO-775. Disponible en

https://www.congreso.es/public_oficiales/L10/CONG/DS/CO/DSCD-10-CO-775.PDF

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (2017, 11 abril). *Proposición No de Ley (página 70) BOCG. Congreso de los Diputados, núm. 367, de 11/04/2017*. https://www.congreso.es/. BOCG-12-D-141. Disponible en https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/D/BOCG-12-D-141.PDF

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. (2017, 14 noviembre). *Proposición No de Ley (página 2) BOCG. Congreso de los Diputados, núm. 367, de 14/11/2017*. https://www.congreso.es/. DSCD-12-CO-367. Disponible en https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/DS/CO/DSCD-12-CO-367.PDF

CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA. (2012, 22 enero). *La terapia cognitivo-conductual es más eficaz y eficiente que los fármacos para el tratamiento de la ansiedad y depresión*. www.infocoponline.es. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3854#inicio/

CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA. (2020, 17 junio). *Un nuevo informe pone de relieve la necesidad de más Psicólogos Clínicos en nuestro SNS*. www.infocoponline.es. Disponible en http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8824#inicio/

CONSELLERÍA DE SANIDAD Y SERVICIO GALLEGO DE SALUD. (2017). *Plan de prevención del suicidio en Galicia*. Xunta de Galiza.

CONSELLERÍA DE SANITAT UNIVERSAL I SALUT PÚBLICA. (2017). *Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Generalitat Valenciana.

Diccionario de la Lengua Española |Morbilidad. (2020). Recuperado el 22 de febrero de 2021, en https://dle.rae.es/morbilidad?m=form/

Diccionario de la Lengua Española |Mortalidad. (2020). Recuperado el 22 de febrero de 2021, en https://dle.rae.es/mortalidad?m=form/

FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. (s. f.). *Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS*. https://www.fsme.es/ Disponible en https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/sns/

FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. (s. f.). *Programas de prevención de la conducta suicida en Europa*. https://www.fsme.es/. Disponible https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/programas-de-prevencion-europa/

FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. (2019). *Observatorio del Suicidio en España 2018*. FSME. https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

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

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2018): *Informe Defunciones según la Causa de Muerte 2018*.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION. (2021, 9 abril). *World Suicide Prevention Day*. Disponible en https://www.iasp.info/world-suicide-prevention-day-1/

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION. (2021, 11 abril). *Special Interest Groups*. Disponible en https://www.iasp.info/special-interest-groups/

MINISTERIO DE SANIDAD, POÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011): *Estrategia en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud 2009-2013*.

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030. (2020). *Agenda 2030*. https://www.mscbs.gob.es/. Disponible en https://www.agenda2030.gob.es/

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. (2020): *Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación: Manual de apoyo para sus profesionales*.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2000-2009): *recursos. Instrumentos dirigidos a grupos específicos sociales y profesionales particularmente relevantes para la prevención del suicidio*.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2012, mayo): 65.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. *Resoluciones y Decisiones. Anexos*. En *WHA65/2012/REC/1*, 21-26 de mayo.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2012, agosto). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. https://www.who.int. Disponible en https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013, 6 enero). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. https://www.who.int. Disponible en https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013, 10 diciembre). *MiNDbank: información sobre salud mental al alcance de la mano*. https://www.who.int/. Disponible en https://www.mindbank.info/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014): *Prevención del suicidio: un imperativo global*.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2015, 18 septiembre). *Salud mental y desarrollo | Disabilities ES*. https://www.un.org/. Disponible en https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/salud-mental-y-desarrollo.html/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2018): *Prevención del suicidio: un recurso para los profesionales de los medios de actualización. Actualización del 2017.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2019, 2 septiembre). *Suicidio*. https://www.who.int. Disponible en https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD | Epidemiología. (s.f.). Recuperado el 22 de febrero de 2021, en https://www.who.int/topics/epidemiology/es/

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. (2015, 2 julio). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. https://www1.undp.org/content/undp/es/home.html. Disponible en https://www1.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2015/

UNITED NATIONS. Department for Policy Coordination and Sustainable Development. (1996). *Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. https://www.un.org. Disponible en https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Saxena, S. Krug, E. G., & Chestnov, O. (2014). *Preventing suicide: a global imperative.* https://www.who.int/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018, 11 mayo). *Multisite intervention study on suicidal behaviours SUPRE-MISS: components and instruments*. https://Iris.Paho.Org/. Disponible en https://iris.paho.org/handle/10665.2/45518

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2019): *Global Health Estimates (GHE): Health statics and information systems*.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2019). *Suicide in the world: global health estimates*. World Health Organization. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948/

ANEXOS

Anexo I. Modelo de preguntas para las entrevistas

Las entrevistas realizadas a profesionales han seguido el formato de entrevista semiestructurada donde, partiendo de una serie de preguntas que se recogen a continuación, se ha ido adaptando la conversación a lo que la persona compartía.

En algunos casos, se han abordado todas las cuestiones; en otros, desde una pregunta al ir profundizando en la respuesta y se cubrían parcialmente otras preguntas o, directamente, surgían nuevas visiones que enriquecían la entrevista más allá de contestar a las preguntas del guion. Tras esta aclaración, se recogen las preguntas que servían de base para estas conversaciones semiestructuradas:

- ¿Por qué, en su opinión, España, a día de hoy, sigue sin contar con un Plan Nacional de Salud actualizado?
- ¿A qué se debe que no exista un Plan de Prevención de la Conducta Suicida que pudiera servir a las CCAA como guía para el desarrollo de programas adaptados a las necesidades de cada comunidad?
- ¿Por qué no hay un teléfono de 3 dígitos, como puede ser el 061 o el 112 donde se dé una atención directa?
- ¿Por qué no se destina partidas presupuestarias de manera directa a la prevención del suicidio?
- ¿Cómo se coordina la colaboración desde [nombre del organismo o institución en cuestión] con otras entidades y organismos que trabajan la prevención, atención y postvención del suicidio?
- ¿Qué medidas se consideran más prioritarias para hacer un abordaje de este fenómeno tan complejo?
- ¿Tendría sentido un "activismo" reclamando para la prevención del suicidio la atención que se merece?

Anexo II. Países con estrategias de prevención del suicidio

A continuación, se recoge un listado con los países que han adoptado estrategias nacionales en la prevención del suicidio. De manera adicional, algunos países han integrado la prevención del suicidio en sus planes de salud mental o en su atención de salud mental como son: Chad, Islas Cook, Croacia, Ecuador, El Salvador, India, Islas Marshall, Mónaco, Mozambique, Filipinas, Rumanía, Federación de Rusia, Eslovaquia, España, Timor-Leste, Turquía, Uganda, Vanuatu.

Otros ejemplos son Canadá, que cuenta con un marco nacional, pero no una estrategia nacional, Bélgica, donde la prevención del suicidio se organiza a nivel regional, Alemania, con una iniciativa nacional, pero sin una estrategia nacional adoptada por el gobierno y Croacia e Italia, con programas específicos segregados por grupos de población.

Países Bajos	Región	Enlace documento estrategia nacional/comentario
Afganistán	EMR	Documento estrategia no disponible
Argentina	AMR	Documento estrategia no disponible
Australia	WPR	https://www.mindbank.info/item/6781
Austria	EUR	https://www.mindbank.info/item/4036
Bielorrusia	EUR	https://www.mindbank.info/item/6756
Bulgaria	EUR	https://www.mindbank.info/item/6089
Bután	SEAR	https://www.mindbank.info/item/6176
Chile	AMR	https://www.mindbank.info/item/5651
Costa Rica	AMR	Documento estrategia no disponible
Cuba	AMR	Documento estrategia no disponible
EE. UU.	AMR	https://www.mindbank.info/item/2094
Fiji	WPR	https://www.mindbank.info/item/5909
Francia	EUR	https://www.mindbank.info/item/857
Guyana	AMR	https://www.mindbank.info/item/6321
Irlanda	EUR	https://www.mindbank.info/item/5640
Israel	EUR	Documento estrategia no disponible
Japón	WPR	http://www.mindbank.info/item/6766
Lituania	EUR	https://www.mindbank.info/item/6755
Luxemburgo	EUR	https://www.mindbank.info/item/6095

Malasia	WPR	Documento estrategia no disponible
Namibia	AFR	https://www.mindbank.info/item/6272
Nicaragua	AMR	https://www.mindbank.info/item/2849
Noruega	EUR	https://www.mindbank.info/item/5371
Nueva Zelanda	WPR	https://www.mindbank.info/item/3839
Países Bajos	EUR	https://www.mindbank.info/item/4288
Panamá	AMR	https://www.mindbank.info/item/6093
Portugal	EUR	https://www.mindbank.info/item/2343
Reino Unido	EUR	https://www.mindbank.info/item/4911
República de Corea	WPR	Documento estrategia compartido por el Centro de Prevención de Suicidio en Corea
República Dominicana	AMR	https://www.mindbank.info/item/6094
República Islámica de Irán	EMR	Documento estrategia compartido por el Centro de Colaboración de la OMS en Teherán
Sri Lanka	SEAR	https://www.mindbank.info/item/6096
Suecia	EUR	https://www.mindbank.info/item/5200
Suiza	EUR	https://www.mindbank.info/item/6764
Surinam	AMR	https://www.mindbank.info/item/6765
Tailandia	SEAR	Documento estrategia no disponible
Uruguay	AMR	https://www.mindbank.info/item/3288
Uzbekistán	EUR	http://www.mindbank.info/item/6763
Países Bajos	Región	Enlace documento estrategia nacional/comentario

Tabla 8. Estrategias de prevención del suicidio por país y región.

NOTAS: AFR = Región Africana; AMR = Región de las Américas; EMR = Región Mediterránea del Este; EUR = Región Europea; SEAR = Región del Sureste de Asia; WPR = Región Oeste del Pacífico

Anexo III. Recursos internacionales de prevención del suicidio

Las líneas de asistencia de prevención del suicidio ofrecen ayuda a las personas que se encuentran en riesgo de cometer suicidio. A continuación se recogen recursos internacionales a los que poder acudir en caso de que se necesite llamar o escribir ya sea el caso de que se necesite ayuda o se quiera recibir asistencia sobre cómo ayudar a una persona cercana.

Países	Entidad	Enlace	Teléfono
Todo el mundo	Befrienders	http://www.befrienders.org	
Alemania	Telefonseelsorge	http://www.telefonseelsorge.de	0800 111 0 111 / 222
Alemania	Nummer gegen Kummer	https://www.nummergegenkummer.de	0800 111 0 550 (adultos) / 333 (niños)
Australia	Lifeline Australia	http://www.lifeline.org.au	13 11 14
Australia	Teléfono de ayuda a niños	http://www.kidshelp.com.au	1800 55 1800
Australia	Headspace	http://www.eheadspace.org.au	1800 650 890
Austria	Rat auf Draht	http://rataufdraht.orf.at	147
Austria	TelefonSeelsorge – Notruf 142	http://www.telefonseelsorge.at	142 (24 Stunden täglich)
Austria	TelefonSeelsorge – Notruf 143	https://onlineberatung-telefonseelsorge.at	142 (24 Stunden täglich)
Bélgica	Centrum Ter Preventie Van Zelfdoding	http://www.zelfmoord1813.be	1813
Brasil/ Portugal	CVV	http://www.cvv.org.br	188

Canadá	Kids Help Phone (para jóvenes menores de 20 años)		1 800 6686868
Canadá	Si tienes más de 20 años, busca un centro de asistencia en tu zona	http://suicideprevention.ca/thinking-aboutsuicide/find-a-crisis-centre	
Corea del Sur	중앙자살예방센터 (Centro coreano para la prevención del suicidio)	www.spckorea.or.kr	082 2-2203-0053
Corea del Sur	HopeClick	http://www.hopeclick.or.kr	
Corea del Sur	보건복지부 보건복지콜센터 (Centro de llamadas del Ministerio de Sanidad y Bienestar)		129 (24시간 위기상담/24 horas)
Corea del Sur	정신건강증진센터 정신건강위기상담전화 (Asesoramiento		1577-0199 (24시간 위기상담/24 horas)

	de la Asociación para la Salud Mental)		
Dinamarca	Livslinien	http://www.livslinien.dk	70 201 201
Dinamarca	Børne	https://bornetelefonen.dk/ring	116 111
España	Teléfono de la Esperanza	http://telefonodelaesperanza.org	902500002
Estados Unidos	National Alliance on Mental Illness	https://www.nami.org/home	(800) 950-6264
Estados Unidos	National Suicide Prevention Lifeline	http://www.suicidepreventionlifeline.org	1 800 273 TALK (8255)
Estados Unidos	Lifeline Crisis Chat	http://www.suicidepreventionlifeline.org/gethelp/lifelinechat.aspx	
Estados Unidos	Línea de asistencia ante crisis para miembros activos y veteranos del servicio militar de EE. UU. y sus familiares	http://www.veteranscrisisline.net	1 800 273 8255 (marca 1)
Estados Unidos	The Trevor Project (para jóvenes LGBT, amigos y familiares)	http://www.thetrevorproject.org	1 866 488 73865
Finlandia	Suomen Mielenterveysseura	http://www.e-mielenterveys.fi/en/	01019 5202
Francia	S.O.S Amitié	http://www.sos-amitie.org	01 42 96 26 26

Grecia	Klimaka NGO	http://www.klimaka.org.gr	
Grecia	Prevención de suicidios Grecia	http://www.suicide-help.gr	1018
Hong Kong	The Samaritan Befrienders Hong Kong	http://www.sbhk.org.hk	
Hong Kong	The Samaritan Befrienders Hong Kong	http://www.help4suicide.com.hk	2389 2222
Hong Kong	The Samaritans Hong Kong	http://www.samaritans.org.hk	2896 0000
Hungría	Magyar Lelki Elsősegély Telefonszolgálatok Szövetsége	http://www.sos505.hu	116 123
Hungría	Kek Vonal		116-111
India	AASRA	http://www.aasra.info	91-22-27546669 / 67
Irlanda	Jigsaw	http://www.jigsaw.ie	(01) 472 7010
Irlanda	Samaritans	http://www.samaritans.org	116 123
Irlanda	Pieta House	http://www.pieta.ie	1800 247 247
Irlanda	SpunOut.ie	http://www.spunout.ie/	086 180 0280
Israel	ERAN	http://www.eran.org.il	En Israel: 1201 Desde fuera de Israel: 972-76-8844400
Israel	SAHAR (chat para asistencia emocional - hebreo)	http://www.sahar.org.il	

Israel	SAHAR (chat para asistencia emocional - árabe)	http://www.sahar.org.il/?categoryId=63068	
Italia	Telefono Azzurro	www.azzurro.it	19696
Italia	Telefono Amico	http://www.telefonoamico.it	199 284 284
Letonia	Skalbes	http://www.skalbes.lv	371 67222922 / 371 27722292
Lituania	Asociación lituana de líneas de apoyo emocional	http://www.klausau.lt	
Lituania	Vaikų linija (línea de atención infantil)	http://www.vaikulinija.lt	116 111
Lituania	Jaunimo linija (línea de atención para jóvenes)	http://www.jaunimolinija.lt/laiskai/	8 800 28888
Lituania	Vilties linija (línea de la esperanza)	http://www.kpsc.lt/vilties_linija.html	116 123
Lituania	Pagalbos moterims linija (línea de atención a la mujer)	http://www.moteriai.lt	8 800 66366
Lituania	Linija Doverija (línea de asistencia para clientes rusos)		8 800 77277
Luxemburgo	SOS Détresse – Hëllef iwwer	http://www.454545.lu	454545

	Telefon		
Luxemburgo	Kanner-Jugendtelefon	http://www.kjt.lu	116 111
México	Consejo Ciudadano	http://consejociudadanomx.org	55 5533-5533
México	Instituto Hispanoamericano de Suicidologia, A.C		525546313300
Noruega	Kirkens SOS	http://www.kirkens-sos.no	815 33 300
Nueva Zelanda	Iniciativa nacional contra la depresión	http://www.depression.org.nz	
Nueva Zelanda	The Lowdown	http://www.thelowdown.co.nz	0800 111 757
Nueva Zelanda	Línea para jóvenes	http://www.youthline.co.nz	0800 376633
Países Bajos	Fundación 113Online	http://www.113online.nl	0900-113 0 113
Polonia	Fundacja Dzieci Niczyje	http://www.116111.pl/napisz	116 111
Reino Unido	Samaritans	http://www.samaritans.org	116 123
Reino Unido	CALM	https://www.thecalmzone.net/help/get-help/	0800 585858
Reino Unido	PAPYRUS Prevention of Young Suicide HOPELineUK	http://www.papyrus-uk.org	0800 068 4141
República Checa	Linka bezpečí	www.linkabezpeci.cz	116 111

República Checa	Pražská linka důvěry	http://www.csspraha.cz/linka-duvery	222 580 697
República Checa	Linka důvěry Ostrava	http://www.mnof.cz/linka_duvery	596 618 908 / 737 267 939
República Checa	Linka duševní tísně Most	http://www.mostknadeji.eu/linka-dusevni-tisne	476 701 444
República Checa	Linka důvěry DKC	http://dkc.cz/linka_duvery.php	241 484 149
República Checa	Linka bezpečí	http://www.linkabezpeci.cz	116111 (děti a mládež)
Serbia	Centar Srce	http://www.centarsrce.org	0800 300 303
Singapur	Samaritans of Singapore (SOS)	http://samaritans.org.sg	1800 221 4444
Sudáfrica	The South African Depression and Anxiety Group (SADAG)	http://www.sadag.org	0800 567 567

Tabla 9. Recursos internacionales en la prevención del suicidio.