

Gráfico 3. Métodos de suicidio empleados por sexos en España, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

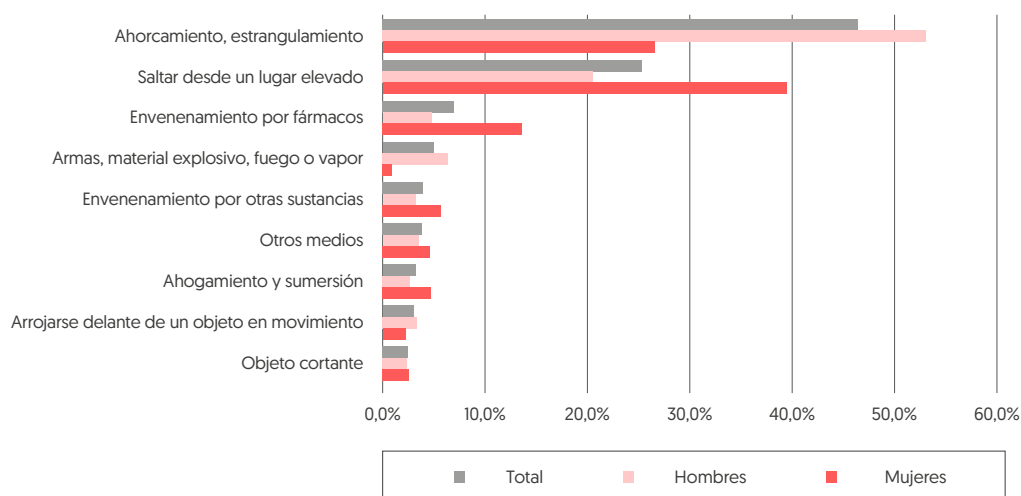
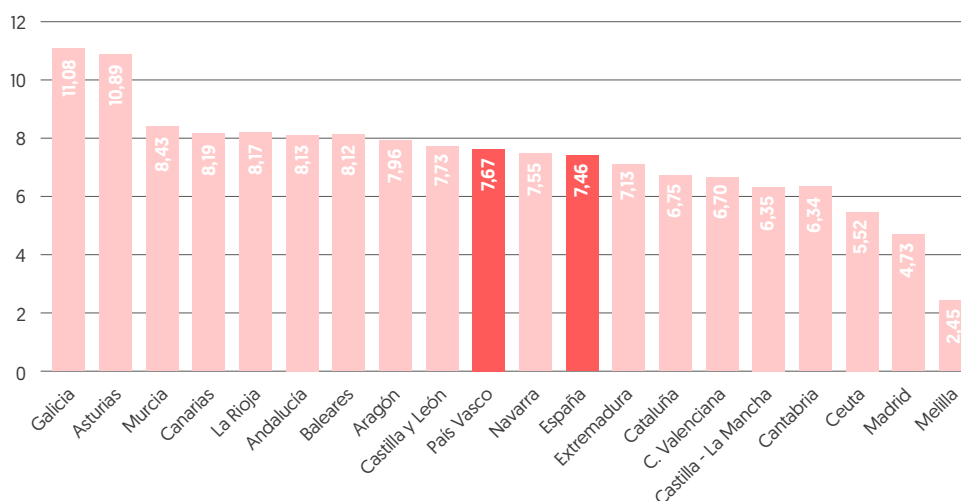


Gráfico 4. Tasa de suicidios por comunidades autónomas en España, año 2016. Fuente: INEbase, 2017.

12



## 2. EVIDENCIA SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA Y SU PREVENCIÓN

La conducta suicida es compleja, ya que se asocia a factores de riesgo y vías causales múltiples e interrelacionadas de tipo biológico, psicológico, socioeconómico y/o cultural. Dichos factores abarcan los niveles individuales, interpersonales, comunitarios y sociales que, además, pueden cambiar con el tiempo.

Por todas estas razones, la prevención del suicidio requiere un enfoque sostenido e integral, pero flexible, que incorpore una variedad de intervenciones desde diferentes ámbitos. En los últimos años ha aumentado la evidencia científica disponible sobre las intervenciones eficaces para prevenir la conducta suicida o mitigar su impacto.

Como señala la OMS, una de las bases de cualquier respuesta eficaz para la prevención de la conducta suicida está relacionada, por un lado, con la correcta identificación de los factores asociados a ella y, por otra, con la puesta en marcha de acciones y estrategias para la prevención del suicidio basadas en la mejor evidencia científica disponible. La incorporación del enfoque de género en el diseño de intervenciones es un aspecto de especial relevancia y sobre el que comienza a existir algunas iniciativas concretas<sup>9,19</sup>.

## 2.1. FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA

Se considera que existen factores de riesgo, precipitantes, protectores y señales de alerta que influyen en la suicidalidad de una persona. Los **factores de riesgo** pueden ser individuales, sociofamiliares y contextuales (Tabla 1). Entre los factores individuales, los problemas de salud mental y los intentos de suicidio previos se encuentran entre los factores de riesgo más importantes para consumarlo. Los primeros están presentes en el 90% de las autopsias psicológicas realizadas<sup>20</sup> y los intentos de suicidio previos aumentan el riesgo hasta 100 veces más que en la población general<sup>21</sup>.

A pesar de ello, los estudios indican que solo un 30% de las personas que se suicidan tenían historia de tratamiento previo con personal profesional de la salud mental, lo cual hace especialmente necesario incluir a otros servicios sanitarios o comunitarios en la prevención del suicidio<sup>22</sup>. La edad y el sexo también se consideran factores relevantes; los hombres mayores de 65 años y, particularmente, de 75 años, son los que tienen una tasa mayor de suicidio consumado<sup>23,24</sup>, siendo 2-4 veces mayor en los hombres que en las mujeres<sup>25,26</sup> (Anexo 3). La tasa de suicidio en los hombres es entre 2 y 4 veces superior a la de las mujeres, destacando, por ejemplo, el caso de algunos países como Lituania, donde es 6 veces superior (Gráfico 5).

El conocimiento de estos factores de riesgo y su incorporación sistemática en las evaluaciones clínicas es de especial relevancia y permite optimizar el manejo del riesgo (por ejemplo, ofreciendo tratamientos específicos para personas con antecedentes de abuso sexual, maltrato infantil, etc.).

Gráfico 5. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes estandarizada por edad en hombres y mujeres. UE, año 2015. Fuente: OCDE, 2016<sup>27</sup>.

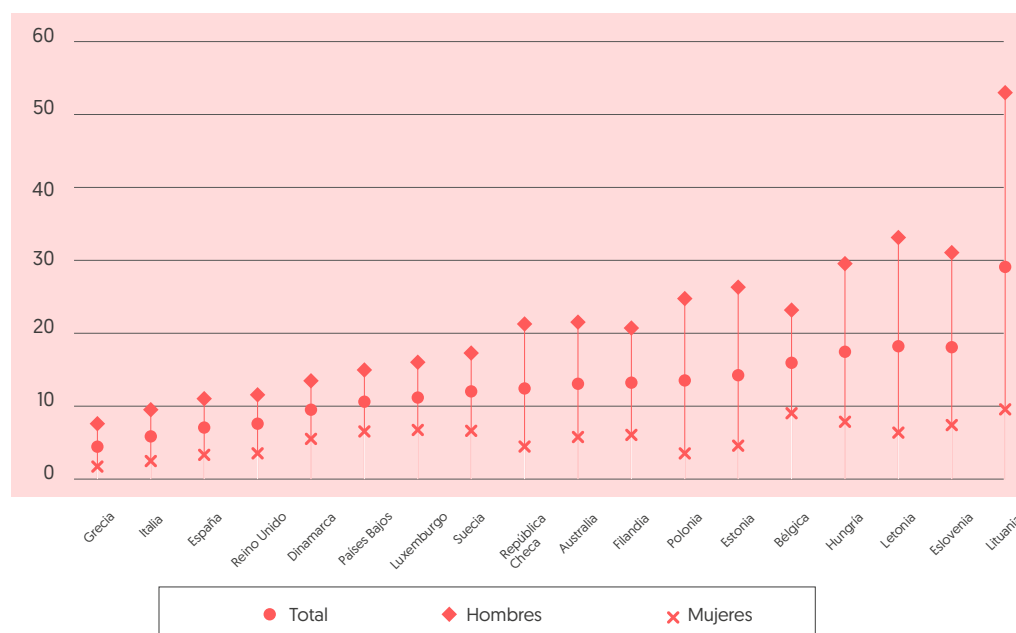


Tabla 1. Factores de riesgo de la conducta suicida. Fuente: elaboración propia.

<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>INDIVIDUALES</b>	· Problemas de salud mental.	· Trastorno depresivo. · Trastorno bipolar. · Esquizofrenia. · Trastorno de la conducta alimentaria. · Abuso de sustancias. · Déficit de atención por hiperactividad, etc.
		· Factores psicológicos y rasgos de personalidad.	· Desesperanza. · Perfeccionismo. · Impulsividad
		· Intentos de suicidio previo e ideación suicida.	
		· Enfermedad física, dolor crónico o discapacidad.	
		· Factores genéticos.	
	· Edad [adolescencia y edad avanzada].		
	· Sexo.		
	<b>SOCIOFAMILIARES Y CONTEXTUALES</b>	· Historia familiar de suicidio.	
		· Falta de apoyo sociofamiliar y discriminación.	
		· Nivel socioeconómico y situación laboral.	
· Facilidad de acceso a medios letales.			
· Exposición a violencia, situaciones traumáticas o abusos.			
· Estigma o barreras culturales que dificultan la búsqueda de ayuda.			
· Barreras en el acceso al sistema de salud.			

14

Los **factores precipitantes** son eventos o situaciones que pueden provocar un estrés intenso en un momento particular de una persona y pueden precipitar un acto suicida. En los varones, algunos tipos de estresores se relacionan con la enfermedad somática, los conflictos interpersonales, los problemas financieros, problemas laborales, familiares, desempleo, problemas de salud en la familia. En las mujeres, los tipos de estresores que más influirían son los trastornos mentales, los conflictos interpersonales y la pérdida de seres cercanos<sup>28</sup> (Anexo 3). La pérdida de vivienda y desahucio también se han relacionado con un mayor número de suicidios<sup>29</sup>.

Las **señales de alerta** indican que una persona podría estar en un mayor riesgo de suicidio. Si bien pueden ser normales en ciertas etapas de la vida de algunas personas, hay que vigilarlas en aquellas que tienen factores de riesgo. Estas señales pueden ser físicas o de comportamiento y verbales e incluyen por ejemplo el autoabandono, el aislamiento social y familiar, comportamientos altamente temerarios y otras conductas no esperadas como cumplir deseos pendientes, regalar pertenencias valiosas para la persona, despedidas inusuales (como si no se volviera a ver a la persona), entre otros. (Anexo 3).

Como contraparte, los **factores protectores** proveen protección contra la conducta suicida (Tabla 2). Pueden ser factores individuales que incluyen habilidades sociales, capacidad de resolución de problemas, autocontrol de la impulsividad, alta autoestima, presencia de estrategias de afrontamiento adecuadas y capacidad de resiliencia<sup>30</sup>. También se consideran importantes los valores y normas, como el valor de la propia vida, la esperanza y el optimismo<sup>31</sup>. Entre los factores externos destacan la accesibilidad a los dispositivos de salud, la existencia de una red social y familiar apropiada, la participación social, y la restricción a métodos letales de suicidio<sup>32</sup>. Los factores sociales y culturales que influyen en un mayor conocimiento y visibilización social del suicidio o de los trastornos mentales y que facilitan la búsqueda de ayuda también son relevantes (Anexo 3).

Tabla 2. Factores protectores de la conducta suicida según las etapas de la vida. Fuente: modificado de Mental Health Commission Australia<sup>33</sup>.

<b>EDAD TEMPRANA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Desarrollar el bienestar físico, emocional y psicológico.</li> <li>· Tener relaciones afectuosas y saludables.</li> <li>· Adquirir habilidades efectivas de afrontamiento.</li> <li>· Tener apoyo extendido de la familia y la comunidad.</li> <li>· Desarrollar el apego saludable.</li> </ul>
<b>EDAD ESCOLAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Estimular la autoestima, comunicación y afrontamiento.</li> <li>· Desarrollar relaciones de apoyo con la familia, las y los compañeros y la comunidad en general.</li> <li>· Participar en actividades escolares, educativas y recreativas.</li> <li>· Potenciar la seguridad personal y ayudar a establecer límites apropiados.</li> <li>· Buscar y tener un referente positivo.</li> </ul>
<b>EDAD ADULTA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Tener la capacidad de cuidar de su propia salud y bienestar y poder acceder a recursos de apoyo.</li> <li>· Tener herramientas para crear y mantener relaciones personales y sociales satisfactorias.</li> <li>· Tener la habilidad para afrontar emociones o problemas difíciles.</li> <li>· Desarrollar habilidades para vivir de forma independiente y alcanzar metas personales.</li> <li>· Tener los recursos para hacer una transición exitosa de la escuela al trabajo o estudio.</li> </ul>
<b>ETAPA LABORAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Tener una identidad fuerte con sentido de propósito y control sobre la vida propia.</li> <li>· Participar en actividades para buscar el bienestar continuo y la salud.</li> <li>· Mantener relaciones y responsabilidades familiares y sociales más profundas.</li> <li>· Tener oportunidades para hacer una contribución significativa o mostrar liderazgo en casa, en el trabajo o en la comunidad.</li> <li>· Tener las finanzas estables, empleo y vivienda segura.</li> </ul>
<b>EDAD AVANZADA Y VEJEZ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Mantener actividad mental, física y social.</li> <li>· Tener oportunidades para contribuir y ser valorados por la familia y la comunidad.</li> <li>· Poder administrar problemas de salud efectivamente y poder acceder a los servicios de salud.</li> <li>· Tener una transición positiva del trabajo y las responsabilidades familiares a la jubilación.</li> <li>· Tener seguridad financiera, vivienda segura y apoyo social.</li> <li>· Tener creencias y valores arraigados para enfrentar el cambio o la pérdida de forma positiva.</li> </ul>

## 2.2. EVIDENCIAS SOBRE LA PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

La evidencia científica sugiere que existen algunas acciones que tienen una mayor eficacia para contrarrestar los factores de riesgo antes mencionados y reducir la aparición e impacto de la conducta suicida. Las medidas desarrolladas y que cuentan con el respaldo de la literatura se agrupan en tres grupos principales, según sean de **prevención, intervención o seguimiento**<sup>34,35</sup> (Tabla 3). Partiendo de estas medidas, diversos países han venido desarrollando estrategias de prevención y abordaje de la conducta suicida atendiendo a las necesidades y características de cada población (Anexo 4).

### 2.2.1. MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las **medidas de prevención**, a su vez, pueden ser universales, selectivas e indicadas. Las medidas de **prevención universal** se dirigen al público en general o a toda una población (por ejemplo, nacional, regional, comunitaria) que no se haya identificado en función del riesgo individual. Estas estrategias buscan promover el acceso a la atención de salud; fomentar acciones de prevención del trastorno mental y promoción de la salud mental, tales como reducir el consumo de alcohol, que está asociado con un mayor riesgo de suicidio<sup>36</sup>; limitar el acceso a los medios letales para suicidarse, medida que ha resultado

ser efectiva cuando el método es altamente letal, fácilmente disponible y es responsable de un número significativo de suicidios<sup>20,37</sup>; o promover una información responsable por parte de los medios de difusión para evitar exaltar el suicidio y aumentar el riesgo de suicidio por imitación en las personas vulnerables<sup>38</sup> (Anexo 4). A nivel comunitario es fundamental el desarrollo de actividades de promoción de la salud mental, tanto desde el ámbito escolar, como laboral, con colectivos vulnerables, etc. Se incluyen, por ejemplo, los programas de gestión de emociones y habilidades sociales en edad infantojuvenil, los programas de parentalidad positiva, los programas de promoción de hábitos saludables, o el apoyo psicosocial para personas cuidadoras, etc. Las medidas de **prevención selectiva** están dirigidas a grupos de población que presentan mayor riesgo de presentar conducta suicida que el existente en la población general sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional o ciertos antecedentes personales o familiares, etc. Incluye por ejemplo a las personas que han padecido traumas o abusos, las afectadas por conflictos o desastres, o los familiares de personas que se han suicidado<sup>39</sup>. Estas acciones de prevención se realizan mediante el desarrollo de programas de prevención del suicidio específicos para estos colectivos en situación de vulnerabilidad<sup>40</sup>, y se desarrollan habitualmente desde el entorno comunitario. Incluiría programas de prevención en el ámbito educativo, que han mostrado su eficacia para reducir los intentos y pensamientos suicidas<sup>41</sup> o la formación y capacitación de agentes sociales, que ha demostrado ser efectiva para disminuir el estigma. También aumentar el conocimiento sobre la conducta suicida y mejorar las actitudes y la confianza para identificar y ayudar a personas en riesgo de suicidio<sup>42</sup> (Anexo 4). Las medidas de **prevención indicada** se dirigen a determinadas personas altamente vulnerables dentro de la población, por presentar ya signos sugerentes de riesgo suicida o una enfermedad altamente asociada a dicho riesgo (por ejemplo, algunos trastornos mentales o enfermedades físicas)<sup>39</sup>. Las acciones de intervención son diversas como, por ejemplo, hacer un seguimiento de esas personas con agentes de la salud, con especialización o generales; o realizar una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales<sup>39</sup>. Algunas de las medidas más efectivas incluyen brindar apoyo a las y los profesionales y proveedores de Atención Primaria para mejorar su capacidad de detección y abordaje de ese riesgo<sup>43</sup>; la creación de programas o herramientas específicas de detección en atención primaria, servicios de urgencias y emergencia (cuya efectividad se ha demostrado en personas adultas y tras una adecuada capacitación<sup>44</sup>); capacitar a familiares/cuidadores o cuidadoras de personas con alto riesgo y poner en marcha programas de atención y apoyo basados en las tecnologías de la información y comunicación (TICs)<sup>45</sup> (Anexo 4).

### 2.2.2. MEDIDAS DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

Las **medidas de intervención** están dirigidas a personas que tienen una situación de riesgo de suicidio claramente identificada, habitualmente relacionada con ideación, planificación o intentos de suicidio recientes. Estas medidas se clasifican en identificación de casos y tratamiento específico para el riesgo de suicidio y el trastorno mental de base que a menudo está presente. Entre las medidas más efectivas se incluyen el uso de tratamiento farmacológico o la psicoterapia. En el primer grupo, tanto la clozapina como el litio han demostrado eficacia antisuicida que podría ser independiente de su efecto sobre el trastorno mental y se recomiendan para reducir este riesgo en pacientes con patología afectiva o psicótica. Por otro lado, el tratamiento con antidepresivos en personas adultas con diagnóstico de depresión se ha asociado a un menor riesgo de suicidio<sup>37</sup>. Además, el uso de nuevos fármacos como la ketamina parece prometedor para disminuir la ideación y conducta suicida<sup>37</sup>. A su vez, ciertas modalidades de psicoterapias que abordan de forma específica el riesgo de suicidio parecen ser efectivas en personas de alto riesgo y obtendrían mejores resultados que las psicoterapias no específicas<sup>46</sup>. Algunas de las modalidades que obtienen mejores resultados en prevención de suicidio son la terapia

dialéctico-conductual (TDC), la terapia cognitivo-conductual orientada a la prevención de suicidio (TCC-PS) o la terapia de resolución de problemas<sup>47</sup>. Por otro lado, existen diversas modalidades de intervención “breve” (por tanto, más fácilmente generalizables en un entorno asistencial concreto), que están acumulando evidencia de su eficacia y comienzan a recomendarse como herramientas de prevención en personas de riesgo. Incluyen, por ejemplo, la elaboración de planes individualizados de seguridad y control de acceso a medios o los contactos breves en inasistencias o transiciones entre servicios<sup>48</sup>. Las **medidas de seguimiento** buscan brindar atención continua y prolongada a personas con conducta suicida. Entre estas, es importante el apoyo de la comunidad con la participación de familiares, amistades u otros recursos comunitarios que pueden supervisar regularmente a las personas y promover la adherencia al tratamiento<sup>34</sup>.

### 2.2.3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

A nivel mundial se han desarrollado diversos programas con carácter multidisciplinar; por ejemplo, el European Alliance Against Depression (EAAD), un proyecto de intervención centrado en la depresión y el riesgo de suicidio que combina intervenciones en población general, ámbito sanitario, ámbito comunitario, medios de comunicación, etc. En España su aplicación se inició en el distrito barcelonés de la Dreta de l'Eixample, pero posteriormente se han realizado programas de prevención basados en el modelo de la EAAD en otros lugares, como Sabadell o Gipuzkoa. El programa ha mostrado su efectividad, consiguiendo reducir la tasa global de tentativas de suicidio (adultos y jóvenes) en un 30%, entre 2007 y 2009, en ciudad del Vallés Oriental<sup>49</sup>. Su aplicación en Sabadell facilitó cambios organizativos y de cooperación entre la atención primaria y la especializada y eliminó las listas de espera para las primeras visitas. Además, permitió aumentar el número de derivaciones al o a la especialista, incrementar un 3% la prescripción de fármacos antidepresivos y reducir un 10,4% las bajas laborales por depresión. Igualmente, el programa Zero Suicide Alliance se basa en un enfoque sistemático para mejorar la calidad de la atención de la conducta suicida desde el entorno sanitario. Este programa se incorporó como un concepto clave de la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio de 2012 en EE.UU., y ha llegado a convertirse en una prioridad de la Alianza de Acción Nacional para la Prevención del Suicidio (Action Alliance) de dicho país. El programa se desarrolla bajo un concepto holístico de la atención, identificando siete elementos que son necesarios adoptar desde los sistemas de salud:

- Liderar un cambio cultural en todo el sistema para asumir un compromiso con la reducción de los suicidios.
- Capacitar a las y los profesionales para que adquieran las capacidades y habilidades necesarias.
- Identificar a pacientes con riesgo de suicidio mediante procedimientos proactivos y exhaustivos.
- Utilizar un plan de cuidados para el manejo de la conducta suicida en todas las personas en riesgo de suicidio.
- Realizar una intervención de la conducta suicida utilizando tratamientos basados en la evidencia.
- Asegurar la transición entre servicios a través de contactos de apoyo y de la mejora de los procesos de continuidad de la atención entre servicios.
- Mejorar las políticas y procedimientos a través de un proceso de mejora continua.

El programa se ha venido implantando en diversas regiones y países, habiendo llegado a más de 200 organizaciones sanitarias. Por ejemplo, en Nashville, Tennessee, tras 20 me-

ses después de implementarlo, se disminuyó un 65% la tasa de suicidio (de 31 a 11 por 100.000 habitantes) y se generó un ahorro anual de 440.000 dólares debido a la reducción de visitas a emergencia y hospitalizaciones<sup>50</sup>.

Tabla 3. Medidas para la prevención, intervención y seguimiento de la conducta suicida. Fuente: modificado de Scott 2012<sup>31</sup>, Beautris 2013<sup>32</sup>, Hirji 2014<sup>33</sup>, OMS 2014<sup>34</sup>.

MEDIDAS		
PREVENCIÓN	UNIVERSAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Elaborar programas nacionales de prevención del suicidio.</li> <li>· Implementar políticas de restricción de acceso a medios letales.</li> <li>· Elaborar guías de estilo para los medios de comunicación.</li> <li>· Desarrollar campañas de difusión para sensibilizar acerca de la salud mental, los trastornos debidos al consumo de sustancias y el suicidio y erradicar falsos mitos.</li> <li>· Implementar políticas de promoción de la salud mental.</li> <li>· Implementar políticas de control al consumo de alcohol y otras sustancias.</li> <li>· Implementar políticas para mejorar el bienestar social y el empleo.</li> <li>· Promover programas de intervención social comunitaria para la gestión de las emociones y habilidades sociales, promoción de hábitos saludables, etc.</li> </ul>
	SELECTIVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Crear centros de prevención del suicidio.</li> <li>· Formar y capacitar a agentes sociales.</li> <li>· Elaborar programas comunitarios de prevención del suicidio.</li> <li>· Elaborar programas de prevención del suicidio escolar.</li> <li>· Elaborar programas para promover el bienestar infantil/juvenil.</li> <li>· Elaborar programas de prevención del suicidio en el lugar de trabajo.</li> <li>· Elaborar programas de prevención del suicidio en prisiones.</li> <li>· Elaborar programas de prevención del suicidio para las fuerzas de seguridad (policía, militares, etc.).</li> <li>· Elaborar programas de prevención de suicidio en zonas rurales.</li> <li>· Elaborar programas para evitar el abuso de alcohol/drogas.</li> <li>· Crear programas de apoyo y soporte para padres y madres.</li> </ul>
	INDICADA	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Formar y capacitar a profesionales de los servicios sanitarios y sociales.</li> <li>· Brindar apoyo a las y los profesionales y proveedores de Atención Primaria.</li> <li>· Prestar capacitación y apoyo a los familiares/cuidadores o cuidadoras/ amigos o amigas de personas con alto riesgo.</li> <li>· Poner en marcha servicios de atención y apoyo (líneas telefónicas).</li> <li>· Poner en marcha programas de atención y apoyo basados en la web (chats, foros, página web, teleasistencia).</li> <li>· Desarrollar programas y servicios de atención a la postvención.</li> </ul>
INTERVENCIÓN	IDENTIFICACIÓN DE CASOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Crear programas/herramientas de detección de pacientes en Atención Primaria.</li> <li>· Crear programas/herramientas de detección de pacientes en emergencias.</li> <li>· Poner en marcha seguimiento y contacto continuo después de la emergencia/ alta hospitalaria.</li> </ul>
	TRATAMIENTO ESTÁNDAR PARA TRASTORNOS CONOCIDOS Y ESPECÍFICO PARA EL RIESGO DE SUICIDIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Farmacoterapia (antidepresivos, antipsicóticos, litio).</li> <li>· Psicoterapia cognitivo-conductual de prevención de suicidio.</li> <li>· Psicoterapia dialéctico conductual.</li> <li>· Otras psicoterapias, múltiples / combinadas.</li> <li>· Elaborar planes de seguridad y control de acceso a medios individualizados.</li> <li>· Terapia electroconvulsiva.</li> <li>· Intervenciones psicosociales.</li> <li>· Ingresos hospitalarios con abordaje específico del riesgo de suicidio.</li> <li>· Cuidados intensivos.</li> <li>· Neurocirugía.</li> </ul>
SEGUIMIENTO	TRATAMIENTO Y APOYO A LARGO PLAZO	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Contactos breves en inasistencias y transiciones entre servicios.</li> <li>· Mantener seguimiento y contacto continuo.</li> <li>· Elaborar programas de adherencia al tratamiento.</li> <li>· Desarrollar entrevista motivacional periódica.</li> <li>· Valorar reingreso hospitalario.</li> </ul>
	ATENCIÓN Y APOYO CONTINUO	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Promover ambiente comunitario de apoyo y búsqueda de ayuda.</li> <li>· Terapia a largo plazo (resiliencia, estrategias de afrontamiento, construir fortalezas).</li> <li>· Crear modelos de entrega de servicios y gestión de casos.</li> </ul>