



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Psicología

**Programas de Prevención de Suicidio:
Estudio de su eficacia en las Comunidades
Autónomas españolas más afectadas y en
los Cuerpos de Seguridad del Estado**

Trabajo fin de estudio presentado por:	José Manuel Lozano Torres
Modalidad:	Revisión sistemática.
Director/a:	Eduardo García Laredo
Fecha:	26/06/2024

Resumen

Con este trabajo se pretende conocer el grado de presencia de la conducta suicida en nuestra sociedad, sus desencadenantes y medidas preventivas empleadas, así como la situación actual de este problema dentro de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Contrastar la eficacia de los distintos planes de prevención existentes en las comunidades autónomas elegidas para el estudio, siendo éstas las que mayor tasa de incidencia presentan.

Utilizándose para ello los datos obtenidos de la página web del Instituto Nacional de Estadística y los datos proporcionados a través del Portal de Transparencia del Gobierno.

Los resultados obtenidos nos hablan de un índice elevado de casuística, consecuencia de una inversión por parte de las distintas administraciones (autonómicas y estatales) que resulta insuficiente a la hora de poner los medios necesarios (personal, material, económico) para afrontar este problema tan grande que actualmente está presente a nivel mundial.

Palabras clave: (suicidio, prevención, salud mental, medidas, cuerpos policiales)

Abstract

This work aims to present the degree of presence of suicidal behaviour in our society, its triggers and preventive measures used, as well as the current situation of this problem within the The State Law Enforcement Forces and Agencies. This work is also intended to contrast the effectiveness of the different prevention plans existing in the autonomous communities chosen for the study, these being the ones with the highest suicide incidence rate.

For this purpose, the data has been obtained both from the website of the National Statistics Institute and the website of Government Transparency. The main conclusions of this work show a high rate of casuistry, a consequence of an investment by the different administrations (autonomous and state) that is insufficient when it comes to providing the necessary means (personnel, material, economic) to face this vast problem currently present worldwide.

Keywords: (suicide, prevention, mental health, measures, police forces)

Índice de contenidos

1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1 Evolución histórica del concepto de suicidio	8
1.1.1 La desestigmatización y el estudio del suicidio.....	9
1.1.2 La actualidad.....	10
1.1.3 El concepto actual de suicidio.....	11
1.1.4 Conceptos vinculados al suicidio.....	12
1.1.5 Epidemiología	15
1.1.6 El suicidio en el mundo.....	15
1.1.7 El suicidio en Europa	16
1.1.8 El suicidio en España	16
1.1.9 Medidas globales contra el suicidio	19
1.1.10 Efectividad de las medidas contra el suicidio.....	22
1.1.11 Medidas nacionales contra el suicidio.....	23
2. JUSTIFICACIÓN.....	24
3. MARCO METODOLÓGICO	25
3.1 Objetivos	27
3.2 Estrategia de búsqueda	28
4. RESULTADOS	29
4.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ASTURIAS	30
4.1.1 El suicidio en Asturias.....	30
4.1.2 Los Programas frente al suicidio	31
4.1.3 Eficacia del programa	33
4.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	34
4.2.1 El suicidio en Galicia	34
4.2.2 Los programas frente al suicidio	35
4.2.3 Eficacia del programa	37
4.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	37
4.3.1 El suicidio en Canarias	38
4.3.2 Los programas frente al suicidio	39
4.3.3 Eficacia del programa	45
4.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	46
4.4.1 El suicidio en Castilla y León	47
4.4.2 Los programas frente al suicidio	47
4.4.3 Eficacia del programa	49
4.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	50
4.5.1 El suicidio en Andalucía	51
4.5.2 Los programas frente al suicidio	52
4.5.3 Eficacia del programa	54
4.6 CASOS EN LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO	54
4.6.1 Los cuerpos de seguridad	54
5. DISCUSIÓN	57
5.1 Comunidades más afectadas	58
5.2 Suicidio en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado	62
6. CONCLUSIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

Índice de figuras

Figura 1 Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, año 2022 17

Figura 2 Tasa de mortalidad por suicidio por CC.AA. y período 27

Índice de tablas

<u>Tabla 1</u>	Factores sociológicos influyentes en el comportamiento suicida	9
<u>Tabla 2</u>	Mitos y realidades sobre el suicidio	11
<u>Tabla 3</u>	Espectro de las conductas suicidas	13
<u>Tabla 4</u>	Tasa de suicidios por 100.000 h. en la población española, años 2018-2022	17
<u>Tabla 5</u>	Número de suicidios en miembros Fuerzas y Cuerpos Seguridad Estado	19
<u>Tabla 6</u>	Tasa de suicidios por 100.000 h. en la población española, años 2018-2022	25
<u>Tabla 7</u>	Estrategia de búsqueda	29
<u>Tabla 8</u>	Tasa de mortalidad por suicidio en Principado de Asturias, años 2018-2022	33
<u>Tabla 9</u>	Principios básicos para la consecución de objetivos en Plan de Prevención	36
<u>Tabla 10</u>	Tasa de mortalidad por suicidio en Galicia, años 2018-2022	37
<u>Tabla 11</u>	Protocolo único de actuación en pacientes con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarias	40
<u>Tabla 12</u>	Protocolo único de actuación en pacientes menor de edad con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarias	42
<u>Tabla 13</u>	Protocolo único de actuación en pacientes con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico	44
<u>Tabla 14</u>	Tasa de mortalidad por suicidio en Canarias, años 2018-2022	46
<u>Tabla 15</u>	Tasa de mortalidad por suicidio en Castilla y León, años 2018-2022	50
<u>Tabla 16</u>	Tasa de mortalidad por suicidio en Andalucía, años 2018-2022	54
<u>Tabla 17</u>	Número de suicidios en miembros Fuerzas y Cuerpos Seguridad Estado	56

1. INTRODUCCIÓN

El suicidio podemos entenderlo como un fenómeno observable a nivel mundial en el que confluyen circunstancias tanto de origen genético, como ambiental; llegando a propiciar la aparición de un amplio abanico de conductas que abarcan desde el pensamiento suicida hasta su ejecución final (Blasco, 2022).

Los cuerpos policiales, por lo general, trabajan en unas condiciones laborales (estrés, presión social, falta de recursos, etc) que no siempre son las más idóneas para el correcto desempeño de sus obligaciones. Para ello se requiere estar en las mejores condiciones físicas y píquicas posibles. Estas condiciones de vida que, a veces conllevan en muchos casos a unas patologías (estrés postraumático, estrés laboral, depresión, ansiedad, etc.) y/o adicciones que pueden desembocar en actos violentos hacia su propia persona a raíz de la sobrecarga mental que hace imposible el poder sobrellevar por más tiempo esa situación. Motivo éste por el que se considera de interés una comparativa entre casos a nivel de población, en general, con los sufridos por los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SUICIDIO

El suicidio es un fenómeno humano universal que ha estado presente en todas las épocas históricas (Jiménez, 2003).

Cada sociedad posee sus propios factores culturales, los cuales ejercen influencia sobre diversos puntos de vista y consideraciones sociales que se tienen hacia el suicidio, influyendo en su aceptación y en las maneras de poder ser llevado a cabo (que varían a lo largo de las sociedades y de la historia). Según se ha ido avanzando en el tiempo la forma de afrontar la muerte va cambiando; por ejemplo: en la actualidad la tendencia es la preferencia hacia una muerte sin dolor, rápida o como un leve sueño. En la época Medieval este pensamiento sería inconcebible, (como expresa el padre de Hamlet en la conocida obra de Shakespeare, moriría “en la flor del pecado”); ya que el hombre de esa época quería su tiempo para el arrepentimiento y ajuste de cuentas ante Dios y con los humanos; hecho por lo que en las oraciones medievales se rezaba: “líbranos Señor de la muerte repentina” (Mesones, 2014).

1.1.1 La desestigmatización y el estudio del suicidio

En el siglo XIX con la llegada del romanticismo el suicidio deja de verse como algo negativo. Se empieza a considerar más las motivaciones de referente psicológico ante la ética, se engrandecen los sentimientos, considerándose al suicidio como un acto libre o como una manifestación de estados de desesperanza (Guerrero, 2019).

Con el nacimiento del capitalismo y la sociedad industrial, aparecen las ciencias sociales coincidiendo con el fin del estigma de condena y castigo que imperaba en las sociedades occidentales; considerándose como un problema social junto con la pobreza, el alcoholismo, etc. (Mesones, 2014).

Aunque fuera originalmente el marqués de Montesquieu quien realizara originalmente una aproximación científico-social sobre la conducta suicida (Gonthier, 1998: 120), fue a finales del siglo XIX destacó la figura del sociólogo francés Émile Durkheim, que no consideraba al suicidio como un acto individual sino como algo más social (Guerrero, 2019) y quien puso más interés en explicar sociológicamente este fenómeno. Así, podemos destacar algunas de las principales hipótesis planteadas por él, sobre cómo algunos factores sociológicos influyen sobre el comportamiento suicida (Sánchez *et al.*, 2017).

Tabla 1

Factores sociológicos influyentes en el comportamiento suicida

Participación en la vida religiosa	Quienes practican alguna religión protestante (más individualista y con menos actos comunes) manifiestan un mayor nivel de suicidio en relación con los católicos o los judíos (religiones jerarquizadas y dogmáticas).
Nivel educativo	Según Durkheim, los seres humanos no se quitan la vida porque sean instruidos sino porque la sociedad religiosa a la que pertenecen ha perdido su unidad. La solución no desmotivar la formación, sino al contrario, se deben desarrollar las ciencias porque únicamente ellas pueden servirnos de guía ante el debilitamiento de las sociedades religiosas.
La vida familiar	El hecho de vivir en matrimonio ayuda a disminuir los suicidios en los hombres, sin embargo, el divorcio y la viudez modifican la vida familiar, creando una predisposición más alta en los varones y beneficiando a las mujeres. La vida familiar, como la religión, hacen que disminuyan las tasas de suicidio ya que aumenta la vitalidad del grupo social y, de esta forma la integración de sus miembros.

La vida política	Igual que la religión y la familia, favorece el vínculo social entre los individuos. De manera contraria, el aumento de la individualidad deja desamparada a las personas, no permitiéndoles un enfoque más satisfactorio a sus vidas.
Los cambios bruscos económicos	Tanto los que aumentan el rango de miseria como los que, de forma contraria, aumentan la prosperidad, producen repentinos incrementos en las tasas de suicidio. Durkheim considera la hipótesis de que cuando hay desarrollo económico hay, también, incremento de la tasa de suicidio.
Los sectores económicos	Durkheim consideraba que "la gran industria favorece el suicidio". Las relaciones industriales y comerciales que se instauran en el siglo XIX, al no poseer ninguna regla moral (consideran al individuo como fin en sí mismo) y debido a las crisis económicas existentes, se forman situaciones de constantes cambios que impiden el mantenimiento fijo de un orden normativo.
Características demográficas (edad y sexo)	El suicidio se manifiesta de manera más clara en los hombres (cada cuatro hombres que se suicidan, según Durkheim, se suicida una mujer) existiendo una tendencia, a nivel mundial, creciente desde la infancia hasta la edad más avanzada (vejez).
Estructura demográfica (envejecimiento de la población)	Durkheim afirmaba que el suicidio aumentaba con la edad siendo más frecuente en las personas ancianas que entre los más jóvenes, ya que entre la población más envejecida existiría una posible insatisfacción vital, una melancolía inerte, que tendría graves consecuencias. Sin embargo, en la población más joven, habría un pensamiento idealista ardiente, un proselitismo generoso y gran abnegación activa.
Población urbana	El proceso de urbanización (como la industrialización o la secularización) hace que el individuo se separe de la vida en grupo, rompiendo las bases originarias de las relaciones familiares. Según la gente se marcha a las ciudades en busca de una vida mejor, los lazos familiares se debilitan, aumentando el egoísmo y el riesgo de conductas suicidas.

Fuente: Sánchez *et al.*, (2017)

1.1.2 La actualidad

La dimensión del problema es tan considerable que requiere una estrategia propia. Una estrategia que le conceda la proporcionalidad epidemiológica, sanitaria y social que verdaderamente posee, no solamente como problemática de salud pública sino como drama humano que necesita la atención (y la acción) de todos los componentes implicados en su disminución. Por todo esto es necesario que la estrategia que se propone, si bien afecta, principalmente, al sistema sanitario, también alcanza a otros ámbitos igualmente relacionados con la prevención de conductas suicidas: centros y servicios sociales, centros educativos, cuerpos de seguridad, familias, etc. El fin último que se persigue con la estrategia es conseguir la disminución de la morbilidad suicida, lo cual se pretende conseguir con una sola acción: hacer algo. No como hasta ahora (Anseán, 2014).

1.1.3 El concepto actual de suicidio

El concepto de *suicidio* es polisémico, aglutinando en sí mismo un conjunto de comportamientos de diversa índole. El término, procedente del latín con significación literal de “acción de matarse a sí mismo” engloba las conductas dirigidas al hecho de “quitarse la vida”, bien de forma directa o indirectamente por el individuo (Blasco, 2022).

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (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” (Guía de Práctica Clínica, 2012).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la conducta suicida tiene la consideración de diagnóstico, con la denominación de *Trastorno de comportamiento suicida*, en el que dentro de sus características diagnósticas viene determinada como un comportamiento que el individuo ha llevado a cabo con, al menos, cierta intención de morir. El comportamiento puede dar lugar o no a lesiones o consecuencias médicas graves (APA, 2014).

La conducta suicida es un fenómeno complejo y que está llena de tópicos y prejuicios falsos, que es importante desmontar. Hay que ser muy prudentes con las generalizaciones, así como con los peligros que originan los tópicos existentes para este tema. Los tópicos falsos más frecuentes y de importancia clínica quedan reflejados en la [tabla 1](#) (Blasco, 2022).

Tabla 2

Mitos y realidades del suicidio

Mito	Realidad
Hablar del suicidio induce a cometerlo.	Siempre que pueda haber ideación autolítica, hay que inducir a la persona a que lo exprese.
La gente que habla de suicidarse nunca se suicida finalmente.	La mayoría de las personas que se suicidan hablan de ello previamente.

Las personas que amenazan con el suicidio nunca lo llevan a cabo (es decir, perro ladrador, poco mordedor).

Sirva el ejemplo del TLP. El paradigma de pacientes que tienen múltiples intentos de suicidio. Aproximadamente, el 10% se acaban suicidando.

Tras un intento de suicidio, disminuye el riesgo del suicidio.

La mayoría de los pacientes que van a reintentar o incluso consumar el suicidio lo hacen < 3 meses tras un IS.

Las personas siempre tenemos el derecho a quitarnos la vida.

El suicidio no es una libertad humana fundamental y es raro que no sea consecuencia de un estado mental alterado o de la disminución de nuestra capacidad cognitiva, bien por una enfermedad, bien por consumo de determinadas sustancias.

El suicidio no puede ser preventivo, pues siempre es impulsivo.

Aunque hay un porcentaje de suicidios que sí son impulsivos, suelen ser intentos no letales.

La mayoría de los suicidios consumados se dan tras meditación durante largo tiempo, es decir, son planificados.

Los suicidios nunca avisan.

En el parasuicidio y en algunos suicidios, se pueden dar avisos, dejar pistas o notas, etc.

Signos indirectos (visitas al MAP; visitas inesperadas, etc.).

Fuente: Blasco (2022)

Hay personas que se ven desbordadas por un sufrimiento (físico o emocional) que no saben cómo gestionar y que le impide poder ver con claridad algo de luz en su vida, haciendo que tomen decisiones extremas hasta el quitarse la vida. No por seguir esta alternativa son más cobardes o valientes que cualquiera, sino que en muchos casos por vergüenza o sentir culpa se ven bloqueados a la hora de pedir auxilio para su liberación (Bobes *et al.*, 2011).

1.1.4 Conceptos vinculados al suicidio

Blasco (2022) en su obra *Guía Práctica sobre el suicidio y conductas relacionadas*, nos habla del espectro de las conductas suicidas, abarcando desde la simple ideación suicida hasta el suicidio consumado, citando las siguientes.

Tabla 3*Espectro de las conductas suicidas*

Ideación suicida o autolítica	<p>Hace referencia a pensamientos que pueden o no ser expresados por la persona sugiriendo un deseo de acabar con la propia vida. Puede ser puntual, transitoria o permanente. Asimismo, el rango de gravedad varía, dependiendo de la intencionalidad (voluntad o ganas de suicidarse) y los planes suicidas.</p> <p>Se estima que, al menos, el 10-18% de la población mundial la presenta en algún momento de su vida (Kessler et al., 1999; Weissman et al., 1999). Es la manera en que se manifiesta la señal que indica la existencia de un problema que puede acarrear la tentativa de terminar con la vida de manera fehaciente (Alexopoulos et al., 1999; Goldstein et al., 1991).</p>
Autolesiones no suicidas	<p>Relacionado a comportamientos deliberadamente autodestructivos o que lesionan o dañan el propio cuerpo sin que el sujeto tenga la intención de morir (Franklin et al., 2012). Son comportamientos muy frecuentes hoy en día. Así, se calcula que su prevalencia a nivel mundial oscila entre el 6% y el 20% de los adolescentes y jóvenes, particularmente mujeres (Beauchaine et al., 2019), aunque hay áreas en el mundo, como en algunas áreas de China en las que la prevalencia aumenta hasta el 47,1% de los adolescentes (Liu et al., 2020).</p>
Amenaza suicida	<p>Término que hace referencia a cualquier acción personal, verbal o no verbal, que señala la posibilidad de llevar a cabo a corto o largo plazo algún acto o conducta suicida. Puede emplearse para avisar o señalizar a los familiares o al grupo social que la persona no se encuentra bien y desea acabar con su vida. Independientemente de que puedan o no tener un carácter <i>manipulativo</i>, las amenazas suicidas siempre tienen que ser tomadas en serio. Por ello, es importante que los familiares y amigos de la persona que realiza esas amenazas contacten con servicios de salud mental profesionales que, además de enseñar a la persona afectada a pedir ayuda sin recurrir a las amenazas suicidas, también guíen a los familiares sobre cómo proceder cuando estas se produzcan. Las amenazas suicidas pueden dividirse en <i>pasivas</i> (por ejemplo, sentarse en una repisa en altura) o en <i>activas</i> (por ejemplo, amenaza verbal o escribir una nota).</p> <p>En la actualidad, el fenómeno suicida ha transitado desde una esfera más íntima (familiar, amigos próximos, etc.) a una esfera más global y compartida. Internet se ha convertido en un canal comunicativo de gran uso e influencia entre los individuos que buscan contacto, encuentro e intercambio de información con otros usuarios que fomentan espacios de debate y formas o métodos para la materialización de la conducta suicida (López, 2020).</p>
Parasuicidio o gesto suicida	<p>Ambos términos hacen referencia a conductas instrumentales, potencialmente autolesivas, pero en las que la persona no tiene intención real de matarse, sin de obtener algún beneficio (sea o no consciente de ello). Pueden considerarse como un aviso que, según el caso, podría tratarse de una mera <i>manipulación</i> o coacción. Son conductas que se dan con mayor frecuencia en la adolescencia o en personas inmaduras (no han llegado a su plena madurez) o diagnosticadas con algún trastorno de la <i>personalidad</i> y que suelen dar como forma de reacción a un conflicto.</p> <p>A veces, con el objetivo de atraer el interés y llamar la atención de las personas del entorno más próximo se llevan a cabo acciones, a veces, no tienen como finalidad una terminación trágica (por ejemplo, una ingesta de fármacos de bajo riesgo) (Yen et al., 2003).</p> <p>Conductas en las que la persona con interés de llegar a un final fatal, solamente consiguen resultados contrarios a los buscados, existiendo pruebas fehacientes de su intención (Platt et al. 1992). Los datos numéricos de estos intentos están sobre el 3% y el 5% (Kessler et al., 1999; Weissman et al., 1999).</p>

Intento de suicidio

En este punto sería interesante incluir el concepto de *intento de suicidio abortado* que sería un paso previo al intento en el que no se lleva a cabo la conducta y, por lo tanto, no se producirían daños físicos (Barber et al., 1998).

Conviene señalar que hay un subgrupo de pacientes suicidas que se caracterizan por presentar cinco o más intentos de suicidio a lo largo de la vida. Estos pacientes se conocen como *grandes repetidores* llegando a alcanzar una tasa del 10% de los intentos que se llevan a cabo, utilizan bastantes recursos sanitarios, para los médicos el trabajo con ellos supone un reto. Esta población podría pertenecer a un grupo de fenotipo suicida diferente, mostrando un perfil psicopatológico más severo, teniendo características muy similares a pacientes que presentan adicciones (Irigoyen, 2017).

Suicidio consumado

Hablamos de una acción autoinflingida (por ejemplo, lanzamiento al vacío, ahogamiento, asfixia) en la que existe prueba de la intencionalidad. Es decir, es toda conducta en la que la persona se produce la muerte, independientemente del método usado para ello. Se trata del fenómeno *suicida* que todos los profesionales de la salud intentan evitar.

Fuente: Blasco (2022)

También contemplamos otra forma distinta de las anteriores, denominada *eutanasia* (del griego *eu* –buena- y *thanatos* –muerte–). El término *eutanasia* es reservado, a veces, para definir las *acciones o actos ejecutivos* por los que se provoca la muerte a una persona que sufre como consecuencia de encontrarse en una agonía dolorosa (ocasionada en procesos terminales de muerte), tener una vida convertida en sufrimiento (casos de existencia trágica o miserable) o que su continuación en la vida no merezca la pena (supuestos de coma irreversible).

A veces, cuando utilizamos el término *eutanasia* lo identificamos como un acto no consentido. Otras, de manera contraria, la concebimos como casos de muerte a ruego (petición propia del enfermo). Ninguno de los supuestos resulta aceptable. El primero, lo asociamos a los centros sanitarios u hospitales donde el enfermo pide el fin o la suspensión de su tratamiento. En el segundo caso, se habla también de *eutanasia* cuando nos referimos a las situaciones en las que el paciente no ha pedido morir al encontrarse en determinadas circunstancias que le impiden una manifestación al respecto (un coma irreversible) (Gascón, 2003).

Con respecto a la planificación suicida y a su estructuración, es interesante poner de manifiesto que los varones pertenecientes al grupo de la tercera edad, suelen manifestar un mayor nivel de planificación y de utilización de formas más letales y violentas en comparación con el resto de la población. Sus maneras suelen ser más reflexivas y

premeditadas; manifestando escasez de señales que advierten de las intenciones, además del posible uso de otras formas de suicidio (suicidio pasivo), al dejarse morir por falta de alimentación o dejadez en su medicación (Mamajón *et al.*, 2014).

1.1.5 Epidemiología

Cada año mueren por suicidio en el mundo aproximadamente 800.000 personas (una persona cada 40 segundos). Asimismo, el suicidio fue la decimoquinta causa de muerte en el mundo en 2019 (la primera causa de muerte fueron las enfermedades cardiovasculares, con cerca de 19 millones de personas) (OMS, 2018).

1.1.6 El suicidio en el mundo

Conocer los datos de morbilidad suicida (ideación, planificación e intento suicida) es algo extremadamente complicado. No existen estadísticas al respecto, por lo que las cifras se calculan a través de estudios e investigaciones que se realizan a tal fin. Sus resultados muestran importantes disparidades entre países e incluso dentro de un mismo país, por lo que se hace muy difícil establecer conclusiones únicas y firmes (Anseán, 2014).

Según datos disponibles por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) las tasas de suicidio masculinos están encabezadas por muchos países de la antigua URSS, junto con Guayana y Japón. Por otro lado, las mayores tasas de suicidio femeninas se reflejan en países orientales.

Por término medio, la proporción más alta está liderada por los hombres con respecto a las mujeres, siendo a la inversa en las áreas rurales de China, aunque esta circunstancia, que deviene históricamente, está últimamente en cuestión, debido a los cambios epidemiológicos en el suicidio de la mujer asociados a la emigración de ésta desde los núcleos rurales a los urbanos, donde el fenómeno es mucho menor (Yip, 2006). En general, muy a grandes rasgos, las proporciones más elevadas entre los suicidios en ambos sexos, parece existir más en los países del este de Europa y las más bajas en los países orientales.

En cuanto a los métodos de suicidio, el mayormente empleado en todo el mundo es el ahorcamiento, aunque puede existir variabilidad entre países. Sin embargo, el envenenamiento por plaguicidas es más utilizado en los países asiáticos y en América Latina,

principalmente en mujeres, siendo la intoxicación por medicamentos la más utilizada en los países nórdicos y Reino Unido. La muerte por arma de fuego es más frecuente en Estados Unidos y Uruguay, aunque cada vez más se utiliza en países europeos (Ajdacic, 2008).

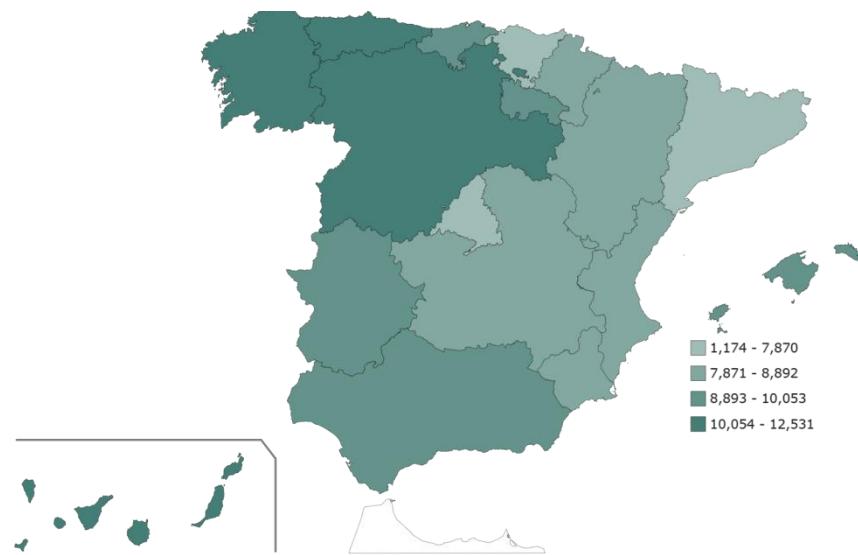
1.1.7 El suicidio en Europa

El suicidio también alarma al conjunto de países de la Unión Europea (UE) que lo considera un problema de primer orden al que hay que dar una respuesta urgente. Según la OMS, en el año 2016 había una tasa bruta promedio de conductas suicidas a nivel europeo de 15,4 casos de suicidio por cada 100.000 habitantes. España, encontrándose por debajo de esa media, cuenta con una tasa de 8,7 casos. Si nos centramos en los países de la UE, comprobamos una tendencia a la baja de la tasa de suicidios, aproximadamente un 20%, entre los años 2000-2013 (Gobierno Vasco, 2019).

En el año 2019, según la OMS, se calculó una tasa promedio de 10,5 fallecimientos por cada 100.000 habitantes, reflejándose los datos más bajos en países del sur como España, Grecia, Italia y Chipre (OMS, 2021).

1.1.8 El suicidio en España

En España, la prevalencia sería la mitad de la media de los resultados mencionados en el apartado anterior. Sin embargo, cuando se analizan las planificaciones y los intentos entre las personas que refieren ideación suicida, los datos se aproximan mucho a esas medias, llegando a superarse ampliamente en los intentos de suicidio de aquellas personas que ya lo han planificado. En otras palabras, los resultados sugerirían que en España se registra una menor ideación suicida entre la población general, pero cuando esta se presenta y sobre todo, se planifica, existe una mayor probabilidad de intento suicida que en el resto de países estudiados (Anseán, 2014).

Figura 1.*Tasa de mortalidad por suicidio por comunidad autónoma, año 2022.*

Fuente: INE. Indicador 3.4.2. Tasa de mortalidad por suicidio

Tabla 4*Tasa de Suicidios por 100.000 h. en la población española, años 2018-2022*

Comunidades Autónomas	2018	2019	2020	2021	2022
Andalucía	7,77	7,58	9,35	10	9,71
Aragón	9,12	8,23	7,66	8,56	8,54
Asturias	13,47	12,55	12,01	12,9	12,53
Baleares	6,04	8,1	7,16	7,53	9,1
Canarias	8,82	8,83	9,27	10,56	10,59
Cantabria	4,82	6,19	7,9	8,21	10,05
Cataluña	6,95	7,03	7,26	7,43	7,84
Castilla-La Mancha	6,5	7,46	8,81	8,23	8,88

Castilla y León	8,84	9,07	9,53	9,93	10,17
Extremadura	6,56	7,43	8,69	7,65	9
Galicia	10,15	10,82	11,3	12,52	12,17
Madrid	5,19	5,23	5,52	5,18	5,92
Murcia	8,59	8,36	8,08	8,08	8,89
Navarra	6,04	7,05	6,7	9,08	8,53
País Vasco	7,5	6,28	8,18	6,67	7,87
La Rioja	6,72	9,22	9,17	7,51	9,35
Comunidad Valenciana	8	9	8,74	7,94	8,62
Ceuta	1,18	4,74	4,76	4,81	2,41
Melilla	1,18	1,19	4,75	4,66	1,17

Fuente: INE. Indicador 3.4.2. Tasa de mortalidad por suicidio

Del mismo modo que hemos visto como los casos (tasas) de suicidio varían en la población, en general, evolucionando dependiendo de las circunstancias de cada individuo (ambientales, salud, laborales, etc.); en los miembros de los cuerpos policiales también van a influir determinadas variables que, a veces, pueden coincidir con las circunstancias del resto de la población (COVID-19) y en otros casos podrán ser motivadas por cuestiones más personales o circunstanciales.

La intención que, en un principio, se tenía en relación al estudio de las tasas de suicidios en las comunidades autónomas seleccionadas y las correspondientes a los componentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado era la comparación existente entre los casos acaecidos entre la población de una Comunidad Autónoma determinada y los ocurridos entre los miembros policiales de esa misma Comunidad, algo que ha sido imposible por circunstancias impuestas relativas a la recopilación de información que ha resultado ser materia de carácter “RESERVADO”.

Tabla 5*Número de suicidios en miembros de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado*

Año	Guardia Civil	Cuerpo Nacional de Policía
2018	10	7
2019	9	10
2020	11	8
2021	15	15
2022	13	9

Fuente: Gobierno de España (2024)

1.1.9 Medidas globales contra el suicidio

Con el comienzo del siglo XXI, la OMS decide dar un impulso a la prevención del suicidio, creando un programa específico a nivel mundial: el Programa SUPRE (*Suicide Prevention*) (2000). Sus objetivos eran claros: reducir la morbitmortalidad por conductas suicidas, romper el tabú que rodea el suicidio y concienciar a gobiernos y sociedades sobre el desafío que estas conductas suponen.

Su apuesta de atención a las personas afectadas era firme, especialmente a través de dos acciones:

1. Identificar, evaluar y eliminar en las primeras etapas, en la medida de lo posible, los factores que pueden dar lugar a la conducta suicida, con especial atención a grupos de riesgo.
2. Prestar apoyo psicosocial a personas con pensamientos o experiencias de intento de suicidio, a sus familiares y amigos cercanos, así como a los de las personas que consumaron el suicidio.

Otros elementos clave del programa son:

3. Apoyar a la atención primaria de salud.
4. Reducir el acceso a medios letales (Herrejón, 2024).

En Estados Unidos está implementada la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio (HHS), se trata de un Plan decenal enfocado en la prevención del suicidio, con metodologías específicas a nivel nacional, estatal, local y territorial; siendo las personas con una experiencia previa en casos de suicidio, fundamentales en la aplicación de este Programa.

El objetivo principal, además de la prevención, es el identificar y dar apoyo a las personas con mayor riesgo a través de tratamiento e intervención en crisis; prevenir recaídas y ayudar en la recuperación a largo plazo, dando apoyo a los sobrevivientes de pérdidas por suicidio.

Este Plan está constituido en cuatro direcciones estratégicas:

1-Prevención del suicidio basada en la comunidad.

Creación de agrupaciones eficientes, amplias, colaborativas y sostenibles en la prevención de conductas suicidas.

Prestar apoyo en la prevención integral del suicidio en base a la comunidad.

Reducción de la accesibilidad a medios letales por parte de personas con riesgo de suicidio.

Establecer una posvención, apoyando a personas que han vivido experiencias centradas en el suicidio.

Integración de sistemas de prevención dentro de la cultura laboral y en otros entornos comunitarios.

Implantar actividades de comunicación para la prevención, basadas en investigaciones realizadas en poblaciones diversas, manejando las mejores prácticas de las ciencias de la comunicación.

2-Tratamiento y Servicios de Crisis.

Creación de servicios eficientes de prevención del suicidio como parte importante de la atención médica.

Mejoras en la calidad y accesibilidad en los servicios de atención de crisis en las distintas comunidades.

3-Vigilancia, Mejora de la Calidad e Investigación.

Mejorar la calidad, la puntualidad, el alcance, la utilidad y la accesibilidad de los datos necesarios para la vigilancia, investigación, evaluación y mejora de la calidad relacionadas con el suicidio.

Promover y apoyar la investigación centrada en la prevención.

4-Equidad en la salud en la prevención del suicidio.

Incorporar la equidad sanitaria en todas las actividades referidas a la prevención del suicidio.

Implementación de estrategias integrales de prevención del suicidio para poblaciones desproporcionadamente afectadas por el suicidio, con un enfoque en comunidades históricamente marginadas, personas con experiencias vividas centradas en el suicidio.

Creación de una fuerza laboral equitativa y diversa para la prevención del suicidio que esté equiparada y apoyada para abordar las necesidades de las comunidades a las que sirven.

Mejora y ampliación de los programas eficaces de prevención del suicidio para las poblaciones afectadas desproporcionadamente por el suicidio a lo largo de la vida, mediante mejores datos, investigaciones y evaluaciones (DHHS, 2024).

La clasificación de los tipos de prevención utilizada en salud pública (primaria, secundaria y terciaria) ha sido adaptada al ámbito de los trastornos mentales y tiene, por ello, un cierto interés también para la prevención del suicidio (Saiz y Bobes, 2014).

1.1.9.1 Prevención primaria

La prevención primaria va dirigida más a la población en general que a los grupos específicos de riesgo o a personas concretas, constituyéndose por un continuo que abarca la prevención universal, la prevención selectiva y la prevención indicada (Soto-Sanz et al., 2019).

a) *Prevención universal*, su objetivo es reducir los factores de riesgo y potenciar los de protección en toda la población.

- b) La *prevención selectiva*, orientada a grupos potenciales de riesgo, tales como ancianos que viven solos, personas que han sufrido recientemente un suceso vital negativo intenso que ha interferido en su calidad de vida o en su reconocimiento social, víctimas de maltrato físico o sexual, pacientes con un trastorno mental o personas con un historial familiar de suicidio.
- c) Por último, la *prevención indicada*, se centra en personas concretas que presentan uno o más indicadores de riesgo de conducta suicida, como un trastorno mental grave o una tentativa de suicidio reciente.

1.1.9.2 Prevención secundaria

La prevención secundaria tiene como objetivo detectar de forma temprana a las personas con un riesgo específico de suicidio y prestarles un tipo de apoyo efectivo y adecuado a las circunstancias. Es fundamental ofrecer unas sesiones planificadas de terapia, de modo que el paciente tenga una vía de actuación establecida y pactada con él (Al-Halabí y Fonseca-Pedrero, 2023).

1.1.9.3 Prevención terciaria

La prevención terciaria tiene como función la reducción de la incidencia de recaídas. La población diana en este caso está constituida por las personas que han tenido una tentativa de suicidio en el pasado reciente o que presentan trastornos depresivos recurrentes con ideación suicida persistente (Echeburúa, 2023).

En un ensayo controlado aleatorizado llevado a cabo en cinco países con distinto contexto cultural (Campinas, Brasil; Chennai, India; Colombo, Sri Lanka; Karaj, República Islámica de Irán; y Yuncheng, China), llevado a cabo entre enero de 2002 y octubre de 2005, se llegó a la conclusión de que esta intervención breve del Programa SUPRE-MISS, de bajo costo, podría ser un componente importante de los programas de intervención del suicidio en los países de ingresos bajos y medios que carecen de recursos suficientes (Fleischmann et al., 2018).

1.1.10 Efectividad de las medidas contra el suicidio

Como resultado del programa SUPRE y del NSFSP (National Strategy for Suicide Prevention) se ha conseguido localizar las principales causas de riesgo y de protección, naciendo la

Al finalizar las experiencias llevadas a cabo para determinar la eficiencia de las mismas en diversos ámbitos, se presentó el modelo llamado *Gatekeeper (guardianes)* que tras ser utilizado en investigaciones estructuradas y en amplias revisiones, ha demostrado ser uno de los más efectivos y eficientes en una gran variedad de poblaciones como personal militar, de la escuela pública, clínico, etc. (Isaac et al., 2009).

La formación de gatekeepers o guardias se ha demostrado eficaz en la transmisión de conocimientos, aprendizaje de habilidades y cambio de perspectiva hacia el fenómeno del suicidio, aunque la mayoría de los programas no son evaluados en relación a su mantenimiento. Así como la inversión en material y personal cualificado, a la larga, nos genera programas de intervención autosostenibles, pudiendo de esta forma reducir costes y posibilitando mejores resultados (Arias, 2013).

1.1.11 Medidas nacionales contra el suicidio

En nuestro país se carece de programas preventivos a nivel estatal, todo ello a pesar de que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, dentro de su línea estratégica 1, tiene como uno de sus principales objetivos la prevención de conductas suicidas a través de la realización y valoración de mecanismos concretos para la reducción de tasas de depresión y suicidio (MSC, 2007).

Ahora cuando las tasas de fallecimiento por accidentes de tráfico tienden a disminuir, sería necesario dentro del procedimiento de prevención de mortalidad por causas no naturales, la implementación por parte de profesionales de la salud, la ejecución de cualquier tipo de programa preventivo y la promoción de una mayor atención investigadora y clínica a los grupos de riesgo (Sáiz y Bobes, 2014).

El hecho de intentar quitarse la vida a veces no es el fin que se persigue, sino el buscar dejar de lado un sufrimiento al que no puede vencer y que no le deja vivir. Sin embargo, cuando se tarda en dar el paso que le hubiera llevado hasta un trágico final y por circunstancias la

situación mejora al haber desaparecido el problema inicial, incluso se puede sentir aliviado al seguir con vida (Steele y Doey, 2007).

A veces, hay una tendencia errónea a buscar una causa concreta cuando se produce una muerte por suicidio. Las conductas complejas no responden a atribuciones simples. Al margen de que puedan existir un detonante (que no es necesariamente la causa), el suicidio es un hecho multifactorial, en donde las variables de personalidad y el apoyo social desempeñan un papel importante (Echeburúa, 2023).

2. JUSTIFICACIÓN

Desde siempre el hombre ha sido consciente de la posibilidad de controlar su existencia, lo que le ha supuesto un dilema a la hora de hacer valer sus decisiones como persona en base a sus derechos y libertades. En base a estas premisas se han creado opiniones a favor y en contra del suicidio, todas ellas debidamente justificadas para cada movimiento que las defiende, creándose así un debate de lo que es éticamente correcto o todo lo contrario.

Toda esta controversia hace que, en mi opinión, el suicidio deba de dejar de convertirse en un tema tabú del que nada más mencionar la palabra, no se quiera hablar de ello. Todo lo contrario, afrontar su presencia en la sociedad e intentar ver donde se está fallando y por qué para que esta lacra tienda a eliminarse de manera progresiva.

Con este trabajo se pretende realizar una revisión sistemática en la que podamos extraer información de la problemática del suicidio, con una comparación de los Programas y Planes de Prevención de las CC.AA. con un índice o tasa de casos más elevados, haciendo mención a la casuística presente en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. De esta forma pondremos el foco en qué estado de sensibilización se encuentra la sociedad actual y hasta qué punto los gobiernos de las Comunidades Autónomas de España seleccionadas están trabajando en su prevención, haciendo a la vez una valoración crítica de los mismos.

3. MARCO METODOLÓGICO

La Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, por unanimidad, con fecha 12 de marzo de 2014, la proposición de ley que contemplaba el desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias, educativas y sociales aplicable a todo el territorio nacional, conforme a las directivas de la Unión Europea y demás organismos internacionales. Su pretensión era conseguir unas mejores medidas de prevención del suicidio mediante la “redifinición” de los objetivos y acciones contenidas dentro de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013.

Para este trabajo se ha realizado una comparativa de los casos acaecidos en las Comunidades y ciudades autónomas de España ([tabla 6](#)); seleccionándose las que presentan una tasa más alta de suicidios por cada 100.000 habitantes dentro del período de tiempo comprendido entre los años 2018 a 2022 que son de los más actuales con datos publicados.

Tabla 6

Tasa de Suicidios por 100.000 h. en la población española, años 2018-2022

Comunidades Autónomas	2018	2019	2020	2021	2022
Andalucía	7,77	7,58	9,35	10	9,71
Aragón	9,12	8,23	7,66	8,56	8,54
Asturias	13,47	12,55	12,01	12,9	12,53
Baleares	6,04	8,1	7,16	7,53	9,1
Canarias	8,82	8,83	9,27	10,56	10,59
Cantabria	4,82	6,19	7,9	8,21	10,05
Cataluña	6,95	7,03	7,26	7,43	7,84
Castilla-La Mancha	6,5	7,46	8,81	8,23	8,88

Castilla y León	8,84	9,07	9,53	9,93	10,17
Extremadura	6,56	7,43	8,69	7,65	9
Galicia	10,15	10,82	11,3	12,52	12,17
Madrid	5,19	5,23	5,52	5,18	5,92
Murcia	8,59	8,36	8,08	8,08	8,89
Navarra	6,04	7,05	6,7	9,08	8,53
País Vasco	7,5	6,28	8,18	6,67	7,87
La Rioja	6,72	9,22	9,17	7,51	9,35
Comunidad Valenciana	8	9	8,74	7,94	8,62
Ceuta	1,18	4,74	4,76	4,81	2,41
Melilla	1,18	1,19	4,75	4,66	1,17

Fuente: INE. Indicador 3.4.2. Tasa de mortalidad por suicidio

Los datos reflejados en la anterior tabla nos ofrecen una visión de los datos de suicidio en los últimos años. Pudiéndose observar como la tendencia de los casos ha ido en aumento progresivo, viéndose en la ciudad autónoma de Melilla un aumento significativo en los años de pandemia, volviendo a bajar posteriormente.

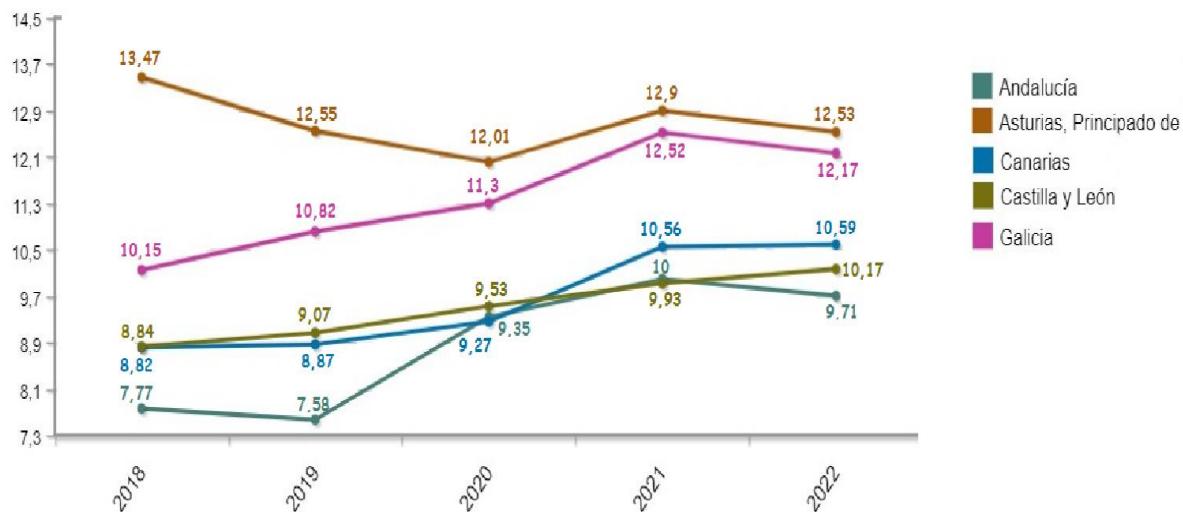
Inicialmente cuando se planteó las directrices presente del trabajo, la intención era el análisis de los casos acaecidos en todas las Comunidades Autónomas, junto a las ciudades de Ceuta y Melilla de manera que esos datos o tasas se contrastarían con la información obtenida sobre los casos que se han producido en el mismo período de tiempo (2018-2022) en los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

Sin embargo, por consideraciones posteriores (falta de tiempo, principalmente) se ha tomado la decisión de poner el objetivo solamente en las cinco comunidades autónomas con mayor índice de casos de suicidio.

En la [figura 2](#) se puede observar la evolución de los casos en las Comunidades Autónomas seleccionadas.

Figura 2

Tasa de mortalidad por suicidio por CCAA y periodo



Fuente: INE. Indicador 3.4.2. Tasa de mortalidad por suicidio

3.1 OBJETIVOS

Con este trabajo se persigue indagar en la variabilidad de casos de suicidios consumados, a través del planteamiento de dos objetivos claramente diferenciados por su naturaleza.

Objetivo general: sería la puesta de relieve sobre la realidad en la aplicación de los distintos Planes de Prevención sobre el suicidio existente en las distintas Comunidades Autónomas de España, analizando la evolución de su eficacia a lo largo del tiempo (2018-2022) y en contraste con otras Comunidades Autónomas en el mismo período temporal. Para ello se han seleccionado, por su nivel de casos, las siguientes Comunidades Autónomas: Asturias, Galicia, Canarias, Castilla y León y Andalucía.

Aunque, inicialmente, se pretendía el abordaje de todas las Comunidades Autónomas y ciudades autónomas de España, por falta de tiempo ha sido imposible llevar a cabo el planteamiento, no descartándose retomar el resto en un futuro próximo.

Objetivo secundario: revisar en el mismo período de tiempo los casos acaecidos en los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado (Cuerpo Nacional de Policía y Guardia Civil), a fin de contrastar si los datos siguen en la misma línea que en las Comunidades Autónomas, al estar presentes otros tipos de variables (laborales, psicológicas, etc) que influyen en estos colectivos a diferencia del resto de la población.

Del mismo modo que se ha explicado con las Comunidades Autónomas, que no se han estudiado en este trabajo por falta de tiempo, en relación a los cuerpos policiales solamente se abordan para su estudio los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, al considerarse los más representativos dentro de este ámbito laboral al estar localizados por toda la geografía española a diferencia del resto de policías (autonómicas, forales, locales) que están ubicadas en un marco geográfico más concreto.

3.2 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La metodología para la elaboración de este trabajo será la realización de una comparativa entre los principales programas de prevención del suicidio reflejados en la [tabla 7](#) y que han sido ordenados por comunidades autónomas según su tasa de mortalidad.

Utilizándose para la obtención de la información necesaria sobre los distintos Planes, las fuentes y términos de búsqueda indicados.

Se han realizado búsquedas en el Instituto Nacional de Estadística y en las distintas Juntas o Gobiernos autonómicos en las fechas comprendidas desde el 1 al 5 de junio de 2024, para la obtención de datos relacionados con la demografía de las Comunidades Autónomas (extensión, población, tasa población activa, etc.).

En el caso de la información numérica conseguida sobre los casos acaecidos en los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, se ha tenido que consultar de manera oficial en la página web del Gobierno de España, Portal de Transparencia. Esta información no facilita discriminación de ningún tipo (sexo, edad, lugar, etc.) por considerarse materia

Tabla 7

Estrategias de búsqueda

Comunidad Autónoma	Plan de Prevención	Fuente	Términos de búsqueda
Principado de Asturias	Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030.	Portal de Salud del Principado de Asturias	“plan” “salud mental” “principado de asturias”
Galicia	Plan de Prevención del suicidio en Galicia.	Xunta de Galicia	“plan” “salud mental” “galicia”
Canarias	Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023.	Servicio Canario de Salud	“plan” “salud mental” “canarias”
Castilla y León	Estrategia de Prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025.	Portal de Salud de Castilla y León	“plan” “prevención suicidio” “castilla y león”
Andalucía	Programa de prevención de la conducta suicida 2023-2026	Servicio Andaluz de Salud	“plan” “prevención suicidio” “Andalucía”

Fuente: Google (2024)

4. RESULTADOS

La información que se plasma en este apartado es consecuencia de la información que se ha obtenido, principalmente, de los planes de prevención actuales que poseen las distintas comunidades autónomas que se han estudiado. Por lo que hay una diferencia significativa entre unos y otros, demostrándose las mismas, empezando por los datos básicos como pueden ser los objetivos perseguidos en cada plan, los recursos o medios que se utilizarán para conseguirlos, así como en qué están basados y el procedimiento establecido para su ejecución.

¹ https://www.mpr.gob.es/consejo/200-aniversario/Documents/Actas1986/ActaCM_1986-11-28_web.pdf

4.1 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ASTURIAS

Esta Comunidad Autónoma uniprovincial tiene su capital en Oviedo, posee una superficie de 10.602 km², comunidad autónoma de tamaño mediano con una densidad de población de 1.004.686 habitantes (479.134 hombres (47,7%) y 525.552 mujeres (52,3%). Su tasa de empleo es del 47,96% en los hombres y del 41,93% en las mujeres, con un 11,81% de tasa de desempleo de la población activa, una tasa inferior a la nacional, siendo la decimosegunda Comunidad Autónoma en el ranking, de menor a mayor, en paro del total de comunidades. Su PIB es de 25.822 millones de euros, lo que la sitúa como la decimotercera economía de España por volumen de PIB. El año pasado su deuda pública fue de 4.243 millones de euros, un 15,1% de su PIB y su deuda per cápita de 4.206 euros/habitantes. Ordenando las comunidades autónomas, de menor a mayor deuda, se encuentra en la decimoprimera posición de la tabla de comunidades autónomas y es la segunda que menos deuda tiene por habitante. La tasa de variación anual del IPC en mayor de 2024 ha sido del 3,5%, dos décimas superior a la del mes anterior. Estos datos debemos compararlos con los del IPC de España, donde la tasa de variación anual del IPC de mayo de 2024 fue del 3,6%. Con respecto a su nivel de estudios hay un 32,1% de hombres y 34,7% de mujeres con estudios superiores y con estudios secundarios un 15,4% de hombres y un 13,5% de mujeres. En zonas rurales habitan 409.524 habitantes y en zonas urbanas el número llega hasta los 2.286.121 habitantes.

4.1.1 El suicidio en Asturias

El Principado de Asturias es la comunidad con más casos de suicidio en España, desde el año 2011, con una casuística mucho más elevada de la media. Asturias tiene una población muy envejecida, así como muchos casos de personas con enfermedades mentales muy graves, lo que conlleva que un porcentaje muy alto de los suicidios estén relacionados con una patología psiquiátrica previa. Hay muy poca luz y llueve mucho, variables que influyen en el estado anímico de las personas. Otro de los factores que afectan a la alta tasa de suicidios es el ocasionado por las masivas prejubilaciones en la industria y la minería, provocando que los afectados dispongan de mucho tiempo libre, llevando a pensamientos negativos como el sentimiento de inutilidad que pueden conducir a situaciones de depresión. Entre esos

prejubilados se encuentran, también, centenares de ganaderos por los ajustes en las cuotas de lácteos implantadas por la Unión Europea. Según la información recogida en el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021, la tasa se va aumentando paralelamente con la edad, con manifiestas diferencias según el sexo, con mayor incidencia en los hombres. Siendo la tasa más elevada en el grupo de edad de 75 años en adelante.

En cuanto a los jóvenes y adolescentes, se ha producido un aumento a partir de la pandemia del COVID-19, las tasas más altas se reflejan en hombres de 20 a 24 años.

El servicio de urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias, de la ciudad de Oviedo, en el período comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 30 de junio de 2013, puso en marcha un programa preventivo² de carácter experimental basado en la participación periódica en un programa de corte psicoeducativo, por parte de unos pacientes a los que se les hizo un seguimiento en un período de seis meses a través de entrevistas presenciales o telefónicas.

4.1.2 Los Programas frente al suicidio

La Consejería de Sanidad del Principado activó en el año 2018 un protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio, elaborado por diversos profesionales de distintas disciplinas. Sus objetivos eran la implementación de un abordaje terapéutico multidisciplinar, así como la consecución de la prevención de casos de mortalidad por suicidio.

El Plan de Salud Mental de Asturias 2015-2020, establece como prioridad el impulso a las actividades relacionadas con la promoción, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, siempre garantizando los derechos de las personas.

El Plan actual (2023-2030)³, se sitúa en un continuo y se enmarca dentro de un contexto. El continuo viene establecido por los planes de salud mental anteriores, especialmente por el mencionado más arriba (2015-2020).

² <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1888989114000044&r=286>

³ <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-de-salud-mental-asturias-2023-2030>

Su ámbito de aplicación con lo que respecta al intento de suicidio, está detallado en el área estratégica 1; objetivo general 1.4 (pág. 22), cuando recoge que su finalidad es la disminución de las muertes e intentos de suicidio a través de la promoción de la salud, prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida mediante una Agenda Única que coordine las actuaciones de los distintos ámbitos institucionales.

Se pretende reducir la incidencia, la prevalencia y el impacto de la conducta suicida, desde un enfoque de Salud Pública, encuadrado dentro de la Estrategia Nacional de Salud Mental, en el subsiguiente Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 y del Plan de Salud del Principado de Asturias 2023-2030. Se enumeran a continuación las acciones preventivas que incluye el Plan (pág. 28):

- Creación de un grupo de trabajo multiprofesional e intersectorial para la elaboración de la **Agenda Única**.
- Realizando y difundiendo **informes epidemiológicos** detallados sobre la conducta suicida con una periodicidad anual.
- Incorporando la **prevención del suicidio** como eje transversal en todos los **planes, estrategias o programas de salud** o aquellos promovidos por cualquier organismo público con incidencia directa en la conducta suicida.
- Incorporación de la prevención del suicidio a las **líneas prioritarias de ayudas** a la investigación desde las instituciones públicas.
- Llevando a cabo actuaciones de **educación para la salud** con el objetivo de reducir el comportamiento suicida entre los **grupos prioritarios**: personas adultas, jóvenes y mayores en función del género, personas con discapacidad psicosocial de todas las edades, personas con problemas de adicciones, población infanto-juvenil, personas en situación de duelo, personas en instituciones penitenciarias y otras en situación de vulnerabilidad.
- Desarrollo de **acciones formativas periódicas** para profesionales y colectivos clave sanitarios y no sanitarios, implicados en la prevención, detección, abordaje y seguimiento de la conducta suicida.

En el Plan en vigor, se han reforzado los sistemas de prevención del suicidio infanto-juvenil, aumentándose en un 48% los equipos asturianos de Psicología Clínica, pasando de 68 a 97

4.1.3 Eficacia del programa

Con los datos reflejados en la [tabla 8](#), diremos que el número de suicidios en los hombres ha ido descendiendo cada año. En el caso de las mujeres, de igual manera, ha ido descendiendo cada año, aunque se observa un repunte en el año 2021, probablemente como consecuencia de la COVID-19.

Con la información que nos aporta el INE en sus estadísticas, parecen que los casos han bajado, aunque de manera muy leve ya que la tasa sigue siendo casi invariable y alta a pesar de no haber habido un aumento significativo. Por lo que se puede concluir que las estrategias seguidas para la reducción de casos están siendo insuficientes ya que sigue siendo la comunidad con más mortalidad por esta causa.

Tabla 8

Tasa de mortalidad por suicidio en Asturias 2018-2022

Año	Número de suicidios		Tasa total suicidios por 100 000 h.	Tasa suicidios hombres	Tasa suicidios mujeres
	Hombres	Mujeres			
2018	97	41	13,47	17,5	6,28
2019	96	32	12,55	19,89	5,82
2020	89	33	12,01	12,63	3,56
2021	90	41	12,9	18,71	7,6
2022	91	35	12,53	8,85	4,52

Fuente: INE. Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad (2024)

4.2 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

Comunidad Autónoma compuesta por cuatro provincias, A Coruña, Lugo, Ourense y Pontevedra. Su superficie territorial es de 29.575 km², región grande comparada con el resto de Comunidades Autónomas, con una densidad de población de 2.795.422 habitantes (1.301.669 hombres y 1.404.208 mujeres), es decir, 91 habitantes/km², similar a la densidad de población de España. Su tasa de empleo es del 57,5% en los hombres y del 49,3% en las mujeres, con un 10,5% de tasa de desempleo, siendo una de las Comunidades Autónomas con menor porcentaje de paro. Con respecto a su nivel de estudios hay un 29,4% de hombres y 33,9% de mujeres con estudios superiores y con estudios secundarios un 13,3% de hombres y un 11,8% de mujeres. Las zonas rurales tienen una población de 409.524 habitantes y las zonas urbanas ascienden hasta los 2.286.121 habitantes. Su PIB es de 69.830 millones de euros, lo que la sitúa como la sexta economía de España por volumen de PIB. En cuanto al PIB per cápita, que es un buen indicador de la calidad de vida, en el año 2022, fue de 25.906 euros, frente a los 30.320 euros de PIB per cápita en España. En 2023 su deuda pública fue de 12.170 millones de euros, un 16,1% de su PIB y su deuda per cápita de 4.498 euros/habitante. Si ordenamos las Comunidades Autónomas, de menor a mayor deuda, vemos que Galicia se encuentra en la 10^a posición de la tabla y en la 5^a posición en cuanto a deuda por habitante se refiere.

La Xunta ha invertido mediante el Plan de Salud Mental de Galicia 2020-2024, la cantidad de 3,6 millones en sus unidades asistenciales para personas con riesgo de suicidio, constituyendo las citadas unidades en las áreas de salud de A Coruña, Lugo, Pontevedra y Vigo. Incorporando posteriormente otra unidad en el área de salud de Ferrol.

4.2.1 El suicidio en Galicia

Esta comunidad es la segunda con mayor incidencia de muertes por suicidio, en concreto, 10,15 casos por 100.000 habitantes.

En las zonas rurales el grupo de edad más afectado radica en la franja de edad desde los 51 a los 60 años, siguiéndoles de cerca los que están comprendidos entre los 71 a los 80 años.

El suicidio y la depresión, en muchos casos unidas, son multifactoriales, se conocen diversos motivos por los que se podría explicar el drama existente en los casos que se producen en esta comunidad, por un lado la ubicación geográfica, un posible factor podría ser la cantidad de horas de luz. Por otro lado, el consumo de alcohol que a veces no se tiene en cuenta, pareciéndonos algo normal en el día a día, así la prevalencia de consumo alguna vez en la vida se sitúa en la mayoría de las comunidades por encima del 90%, quedando Galicia con un 94,7%, por encima de la media española (93,2%). Y como última causa destacable como detonadora de posibles casos de suicidio está la dispersión de la población y el funcionamiento sanitario, ya que la distancia a recursos sanitarios o la soledad, influyen en el sentido de la detección y atención rápida ante cualquier signo de alarma.

4.2.2 Los programas frente al suicidio

El Plan de Prevención⁴ del suicidio en Galicia incluye siete líneas estratégicas permanentes pero revisables, en las que se articulan una serie de medidas que abarcan la integridad de la conducta suicida y de los agentes implicados en ella. Cuenta con 13 medidas para conseguir desde la identificación de los pacientes con riesgo suicida, su evaluación, garantía de continuidad asistencial, la implantación de intervenciones psicoterapéuticas, individuales y grupales, hasta la edición y divulgación de guías de orientación para pacientes y allegados, así como guías de consulta rápida para profesionales.

Tiene una serie de objetivos, a nivel general, como la disminución de la incidencia y prevalencia de la conducta suicida, de manera más específica están los siguientes:

- Aumentar la coordinación entre instituciones y agentes implicados en la prevención de la conducta suicida.
- Aumentar la sensibilización y concienciación de la sociedad sobre el suicidio como un problema de salud.
- Mejorar la atención que desde la organización sanitaria se le presta tanto a las personas que presentan conducta suicida como a sus allegados.

⁴ <https://psicologosemergenciasbaleares.wordpress.com/wp-content/uploads/2020/09/plan-de-prevencion-del-suicidio-en-galicia.pdf>

- Fomentar la investigación y el conocimiento respecto a la conducta suicida en la Comunidad Autónoma.

Dentro del Plan se plasman una serie de principios que sirven de base para la consecución de los objetivos planteados anteriormente.

Tabla 9

Principios básicos para consecución de objetivos Plan de Prevención

Accesibilidad	De manera que los servicios públicos lleguen a las personas en riesgo suicida y a sus allegados. Se establecerán procesos específicos con flujos determinados por las necesidades individuales, y un seguimiento proactivo de las personas afectadas a fin de garantizar la continuidad asistencial durante el proceso.
Continuidad	Los servicios que conforman la red de atención del suicidio deben estar organizados para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo a pacientes y familiares, ininterrumpidamente a lo largo de la vida, garantizando además una atención coherente y continuada entre los servicios que la componen, especialmente en los sistemas sanitarios, sociales y educativos.
Autonomía personal	Los profesionales implicados en la atención al suicidio trabajarán por el empoderamiento de los pacientes y de sus allegados, promoviendo la autosuficiencia y el desarrollo de sus capacidades.
Autonomía profesional	A fin de dar una respuesta homogénea a toda la población gallega, se promoverán durante el desarrollo del plan el diseño de protocolos de actuación que orientarán a los profesionales en la toma de decisiones, pudiéndose adaptar estos a las necesidades de cada servicio o área de salud.
Eficiencia	El Plan busca dar respuesta a las necesidades de las personas con conducta suicida y sus familias utilizando los recursos profesionales, técnicos y materiales existentes en la mejor combinación de eficacia y sostenibilidad del sistema, fundamentalmente a través de una mejor organización y coordinación.
Largo plazo	El Plan concibe como una estrategia permanente y revisable, que permita una continuidad a largo plazo de sus acciones.
Evidencia científica	El Plan y las acciones que de él se desprendan deben basarse en la evidencia científica disponible en cada momento.
Coordinación interinstitucional	Comprometiendo a todas las instituciones públicas implicadas en el abordaje de la conducta de suicidio y crea instrumentos de coordinación entre ellas que mejoren su prevención.
Corresponsabilización	La prevención del suicidio es una responsabilidad compartida de toda la comunidad, familias y amigos, profesionales e instituciones. Implica una corresponsabilización global, individual y social, que también queda reflejada en este Plan.

4.2.3 Eficacia del programa

Vemos en la **tabla 10**, que el número de suicidios tanto en los hombres como en las mujeres han ido en ascenso, destacando el año 2022 con un número bastante alto en los hombres que no ha dejado de aumentar durante los años en que se basa este trabajo. Con las mujeres observamos que su pico alto y bastante diferenciado con el resto de los años, se produce en plena pandemia COVID-19, el año 2021 nos presenta un repunte de casos bastante elevados. También las tasas por 100.000 habitantes nos demuestran que estamos en una comunidad con mucha incidencia de suicidios, concretamente la segunda a nivel nacional.

Tabla 10

Tasa de mortalidad por suicidio en Galicia 2018-2022

Año	Número de suicidios		Tasa total suicidios por 100 000 h.	Tasa suicidios hombres	Tasa suicidios mujeres
	Hombres	Mujeres			
2018	190	82	10,15	14,73	5,88
2019	216	73	10,82	16,89	5,16
2020	220	85	11,3	16,82	6,16
2021	226	108	12,52	17,59	7,81
2022	235	95	12,17	18,18	6,58

Fuente: INE. Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad (2024)

4.3 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

El archipiélago canario de origen volcánico se encuentra en el Océano Atlántico al noroeste de África, compuesta por un total de siete islas y cuatro islotes, a una distancia de 1.739 km. al suroeste de la capital del Estado, posee una superficie de 7.447 km², una densidad de población total de 2.238.336 habitantes. Una región pequeña si la comparamos con el resto

de las comunidades autónomas. Dividida administrativamente en dos provincias Las Palmas con una población masculina de 561.281 habitantes y 567.258 mujeres, Santa Cruz de Tenerife posee un censo de 512.889 hombres y 531.506 mujeres. Tiene una tasa de empleo del 52,38% y un 16,2% de desempleo, suponiendo un porcentaje de paro del 16,2% de la población activa, una tasa superior a la nacional, y en la decimoquinta posición en el ranking, de menor a mayor, de paro en las comunidades autónomas. Su PIB es de 49.021 millones de euros lo que la sitúa como la octava economía de España por volumen de PIB. En cuanto al PIB per cápita, que es un buen indicador de la calidad de vida, en Canarias en 2022, fue de 22.303 euros, frente a los 30.320 euros de PIB per cápita en España. Se encuentra en el puesto decimosexto respecto al total de las comunidades autónomas, lo que indica que sus habitantes tienen un bajo nivel de vida en comparación con la media de España. En 2023 su deuda pública fue de 6.518 millones de euros, un 12,2% de su PIB y su deuda per cápita de 2.912 euros/habitante. Si ordenamos las Comunidades Autónomas, de menor a mayor deuda, vemos que Canarias situada en la decimosexta posición de la tabla de Comunidades Autónomas y es la que menos deuda tiene por habitante. Con respecto a su nivel de estudios hay un 25,8% de hombres y 33,1% de mujeres con estudios superiores y con estudios secundarios un 18,3% de hombres y un 18,5% de mujeres.

4.3.1 El suicidio en Canarias

El suicidio se ha convertido en un problema importante que no ha tenido la suficiente cobertura mediática. Los profesionales médicos y de la psicología piden un cambio de esa tendencia, y poner el foco en una realidad que lamentablemente ha crecido en las islas en los últimos años. Registrándose un suicidio cada dos días, lo que la sitúa como la tercera comunidad, a nivel nacional, en casos. Agravándose la situación por falta de profesionales especializados en la sanidad pública, que traten a tiempo estos problemas.

El Servicio Canario de Salud (SCS), alerta de que se ha observado el aumento de trastornos mentales en alrededor de un 90%, siendo la depresión el trastorno más comúnmente asociado con la ideación suicida.

Por otro lado, el consumo de alcohol y otros tóxicos han sido clasificados no solo como factores de riesgo, sino como factores precipitantes. Canarias ha sido la comunidad con

mayores tasas de tratamiento en casos relacionados con las drogas y las toxicomanías (alcohol, tabaco y drogas ilegales). Estas tasas han sido claramente superiores a las del conjunto del resto de comunidades.

Los tratamientos a los que se hacen mención en el párrafo anterior son los que se llevan a cabo en un centro especializado y por primera vez, dentro del primer año del diagnóstico.

Otras posibles causas vinculadas con aspectos sociofamiliares, económicos y ambientales, son el estado civil soltero o divorciado, vivir solo, carecer de apoyo social, estar en paro, la pobreza y el bajo nivel educativo. Igualmente, podemos incluir, las situaciones estresantes como pérdidas personales, financieras o de carácter legal.

Factores en los que esta comunidad presenta peores cifras respecto al resto de comunidades autónomas, son por ejemplo el desempleo, la renta anual, nivel de estudios, etc. convirtiendo al archipiélago en un lugar con altos porcentajes de conductas suicidas.

La atención a la Salud Mental es una de las prioridades asistenciales del Servicio Canario de Salud, que en 2022 invirtió 1,3 millones en refuerzo de personal para la atención de los nuevos recursos puestos en marcha para pacientes de Salud Mental en todas las islas.

Se ha reforzado la plantilla de 515 profesionales de salud mental con 63 nuevas contrataciones, donde hay psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras, etc.

4.3.2 Los programas frente al suicidio

El Consejo de Gobierno de Canarias aprobó con fecha 18 de marzo de 2019, el Plan de Salud Mental 2019-2023, que incluye una línea estratégica específica dedicada a la prevención del suicidio⁵, llevando incluida una serie de recomendaciones para el desarrollo de las acciones, pautas de implementación temporal y de priorización, con una ampliación de su alcance en determinadas áreas.

Dentro del Plan de Salud Mental se incluyen distintos protocolos de actuación, según las circunstancias, se encuentran incluidos en el Objetivo Específico 6 (Mejorar la actuación clínica en situaciones de riesgo y complejidad) y se mencionan a continuación:

⁵ <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=8745abde-0fff-11ec-8489-0f64eb00dcc8&idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117>

El protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarias tendrá aplicación en los pacientes que ingresen en los servicios de urgencia y que se estime la existencia de riesgo de suicidio.

Tabla 11

Protocolo único de actuación en pacientes con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarias

Factores de riesgo	Los factores de riesgo más firmemente hallados incluyen los intentos de suicidio previos (como predictor más importante), el consumo de tóxicos, abuso de alcohol, depresión, otros trastornos mentales, desesperanza, rigidez cognitiva, sexo masculino, enfermedad crónica o discapacitante, historia familiar de suicidio, falta de apoyo social, bajo nivel socioeconómico, desempleo e historia de maltrato físico o abuso sexual, los eventos vitales estresantes, y el fácil acceso a los medios letales.
Evaluación del riesgo	Habitualmente se realiza una evaluación del riesgo suicida a las personas ingresadas en el Servicio de Urgencias hospitalario por conducta suicida (ideación o intento suicida). La entrevista clínica es el instrumento esencial en la valoración del riesgo de suicidio. Supone el inicio de la interacción entre el paciente y el profesional, por lo que puede jugar un papel relevante en la reducción del riesgo suicida.
Escalas de evaluación	Las escalas de evaluación nunca deben sustituir a la entrevista clínica. Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck. Asimismo, se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de Depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.
Registro en la Historia Clínica	Refleja el conjunto de características del paciente que conducen a un determinado enfoque terapéutico, y permite a otros profesionales conocer la información relevante. La necesidad de un adecuado registro no solo proviene de aspectos clínicos, sino también legales.
Diseño del servicio y el entorno	El diseño ideal de una Unidad hospitalaria es aquel que conjugue la ausencia de elementos físicos que impliquen riesgo, con la mayor probabilidad posible de tener a los pacientes bajo visión directa de forma continua.
Aspectos relacionados con la plantilla	La atención a las personas con posible riesgo suicida no es exclusiva de los profesionales de Salud Mental. En el Servicio de Urgencias hospitalario será el profesional de urgencias quien reciba al paciente y proceda al diagnóstico de la etiología y características de la crisis.
Decisión sobre hospitalización	Una vez el psiquiatra ha evaluado al paciente debe decidir si la intervención debe incluir la hospitalización o no. Esta decisión es un proceso complejo que suele depender de varios factores, como la gravedad clínica del episodio, la planificación y letalidad del plan, el riesgo suicida inmediato del paciente, la patología psiquiátrica de base, la presencia de comorbilidades, y la existencia o no de apoyo familiar o social, entre otros.
La hospitalización involuntaria	En determinados casos los pacientes pueden ser reacios o manifiestamente contrarios a una hospitalización, o a permanecer en el Servicio de Urgencias. Estas situaciones pueden resultar críticas desde el punto de vista clínico, ético y legal, por cuanto el psiquiatra debe evaluar el potencial riesgo suicida, su inminencia, y la existencia de patología psiquiátrica de base, entre

otros factores.

Hospitalización involuntaria	Desde el punto de vista legal, el internamiento involuntario está regulado por ley. Hay dos modalidades de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico: <ul style="list-style-type: none"> - Ordinario: en el que la autorización judicial es previa al internamiento. - Excepcional o urgente: en el que el internamiento se practica primero por razones de urgencia y luego el responsable del centro solicita al juez su ratificación en el plazo improrrogable de 24 horas desde el ingreso, debiendo el tribunal ratificar o dejar sin efecto la medida en un plazo máximo de 72 horas.
La evaluación inicial. Triaje general	El triaje se define como la “revisión clínica y sistemática de todos los pacientes llegados al servicio de urgencias, con el objetivo de asignar evaluaciones y prioridades de tratamiento mediante una serie de criterios predeterminados y con un método de clasificación para determinar el nivel de urgencia”. Recomienda que todos los pacientes que acudan a un Servicio de Urgencias por una conducta suicida sean catalogados en el triaje de tal forma que se asegure su atención dentro de la primera hora desde su llegada.
Triaje específico sobre riesgo suicida	Se propone la versión breve del cuestionario de riesgo de suicidio de Horowitz para ser empleado por el personal encargado del triaje en el servicio de urgencias con aquellas personas que acuden por conducta suicida y en las que no existe una afectación grave de su condición física. Dependiendo de las respuestas, los pacientes pueden ser clasificados, según el sistema de triaje de Manchester, con los códigos amarillo (urgente, tiempo de atención en una hora como máximo) o naranja (muy urgente, tiempo de atención en 10 minutos como máximo).
Evaluación médica inicial	Los médicos de urgencias deben evaluar la situación orgánica del paciente mediante un examen físico y las pruebas complementarias que se consideren. En función del tipo y gravedad de las lesiones si han existido intento suicida, se debe proceder a la estabilización, monitorización y observación de posibles complicaciones médicas. Una vez estabilizado el paciente orgánicamente y con un estado de vigilia adecuado, se procederá a la valoración a nivel psicopatológico.
Evaluación psicopatológica inicial	El médico de urgencias hospitalarias, además de valorar el estado físico, deberá realizar una evaluación psicopatológica básica, incluyendo la evaluación del riesgo.
Evaluación psicopatológica avanzada	Los pacientes con un intento de suicidio deben ser valorados por un psiquiatra antes de ser dados de alta del Servicio de Urgencias. La derivación al psiquiatra debe realizarse cuando el paciente esté plenamente consciente y pueda llevarse a cabo una adecuada valoración psicopatológica.
Alta hospitalaria. Intervenciones de contacto activo y seguimiento	Un problema importante que dificulta el adecuado abordaje del riesgo suicida y del trastorno mental de base es la no adherencia a las recomendaciones terapéuticas. Se ha comprobado que hasta el 70% de los pacientes con un intento suicida no acuden a su primera consulta ambulatoria.
	Las intervenciones de contacto activo y seguimiento se definen como aquellas intervenciones que tienen como objetivos tanto la mejora del acceso e implicación en el abordaje terapéutico, como la prevención del suicidio y conductas suicidas.

Fuente: Programa de prevención de la Conducta Suicida en Canarias (2021)

También recoge otro protocolo único de actuación para el paciente menor de edad con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarias, siendo de aplicación a los pacientes menores de 18 años que ingresen en el citado Servicio.

Tabla 12

Protocolo único de actuación en pacientes menor de edad con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarias

El servicio y el entorno	La mayoría de niños y adolescentes con crisis de salud mental son atendidos en hospitales generales pediátricos o en servicios de urgencias médicos, que habitualmente están muy concurridos, son ruidosos, suponen una alta estimulación, requieren prolongados tiempos de espera, y disponen de poco espacio privado y tranquilo. En el caso de pacientes agitados, paranoides, traumatizados, o autistas, estas características pueden ser desastrosas, y favorecer medidas de limitación de la libertad y el aislamiento.
Triaje. Escalas de evaluación	<p>El principal obstáculo para el triaje ha sido el tiempo, seguido por la ausencia de una herramienta apropiada de <i>screening</i>. Todos los pacientes que tengan síntomas afectivos, consumo de tóxicos, ingestas, intoxicaciones agudas, accidentes con vehículos motorizados, heridas auto-infligidas o accidentes por armas, o caídas desde alturas significativas, deberían ser objeto de <i>screening</i> de ideación suicida.</p> <p>El <i>Ask Suicide Screening Questions</i> (ASQ), es un breve cuestionario de <i>screening</i> para pacientes infanto-juveniles que acuden a un servicio de urgencias. Mostró una alta sensibilidad, especificidad y valor predictivo negativo. Se compone de cuatro preguntas relativas a pensamientos actuales de estar mejor muerto, deseo actual de morir, ideación suicida e intento de suicidio previo.</p>
Seguridad	Los profesionales sanitarios deben buscar la seguridad del paciente, su familia, y de los profesionales sanitarios en el transcurso de la evaluación. Si existen sospechas de riesgo suicida, o si se ha identificado ideación suicida o un intento de suicidio, los pacientes deben estar bajo observación continua, ya que tienen el riesgo de realizar autolesiones, o fugas.
Evaluación	<p>La información debería obtenerse del menor con riesgo suicida, pero también, siempre que sea posible, de otras fuentes, ya que, con frecuencia, los pacientes minimizan la gravedad de sus síntomas o la intención de sus actos o no desvelan información pertinente. Los pacientes y cuidadores deberían entrevistarse tanto juntos como por separado.</p> <p>En la entrevista con familiares o cuidadores debería indagarse sobre signos, síntomas y estresores recientes, así como los detalles de los eventos que hubieran podido conducir a la situación actual. También debe indagarse sobre el acceso a medios letales, el nivel de conocimiento y de preocupación de los familiares o cuidadores por la seguridad y bienestar del paciente, su disposición y capacidad para controlar al paciente, su actitud ante un tratamiento psiquiátrico, y cualquier barrera para la implicación en una terapia.</p>
Evaluación médica	<p>Las quejas somáticas como cefaleas, dolor abdominal o cansancio son síntomas de presentación típicos tanto de trastornos psiquiátricos como de enfermedades somáticas. Cuando existe una depresión, esta puede no ser la queja principal, sino los síntomas somáticos o problemas conductuales o escolares. Debe evaluarse la presencia de depresión en menores con múltiples visitas a Urgencias por quejas somáticas persistentes o recurrentes, sin causa somática hallada.</p> <p>En el sentido contrario, en menores con síntomas depresivos o conductas suicidas, deben descartarse entidades somáticas que cursan con síntomas similares, como la anemia,</p>

hipotiroidismo, síndromes de dolor, epilepsia, apnea obstructiva del sueño, y consumo de tóxicos o abstinencia a estos, entre otras.

Factores de riesgo y factores protectores

La predicción de las conductas suicidas, independientemente de las destrezas del evaluador, puede resultar muy difícil. Al menos la mitad de los suicidios ocurrieron en los grupos catalogados como bajo riesgo, y solo un 5% de aquellos catalogados como alto riesgo se suicidaron. Existe escasa literatura científica sobre este tema en la población infanto-juvenil.

Algunos de los factores de riesgo identificados son: antecedentes de intento de suicidio, impulsividad, trastornos del humor consumo de tóxicos, historia familiar de suicidio, ...

Como factores protectores, señalar algunos: acceso a servicios de Salud Mental, estabilidad familiar, implicación religiosa, ausencia de acceso a armas letales, ...

Evaluación global

Debe considerarse que la evaluación de factores de riesgo y factores protectores constituye solo una parte de la evaluación global, y que esta debe incluir también, entre otros elementos, la evaluación de diversas características de la conducta suicida, y por supuesto, la ideación e intención suicida actual.

Factores de riesgo y edad

En la población infanto-juvenil es esencial considerar la fase de desarrollo en la que se encuentra el menor, ya que esta puede cambiar la relevancia de los diferentes factores de riesgo. Así mientras en menores más jóvenes las conductas suicidas pueden ser desencadenadas por conflictos familiares, en adolescentes de más edad los conflictos de pareja tienen mayor relevancia.

Modalidades de intervención

Las modalidades de intervención se han clasificado como aquellas restringidas al Servicio de Urgencias, las restringidas al período posterior a la consulta en Urgencias, y las que combinan intervenciones en Urgencias y ofrecen continuidad en el seguimiento.

Alta hospitalaria y enlace con seguimiento

Existen hallazgos robustos sobre la mejora de la adherencia al tratamiento mediante la evaluación de las barreras al tratamiento, las expectativas sobre el tratamiento, y un acuerdo sobre la asistencia a la consulta indicada.

Para favorecer el adecuado enlace para un seguimiento ambulatorio se recomienda la comunicación con el menor y la familia sobre el plan tras el alta, incluyendo el seguimiento.

En adolescentes con riesgo suicida atendidos en Urgencias, las tasas de no asistencia a una primera consulta ambulatoria se sitúan entre el 17,5% y el 41,6%; y a la tercera consulta la tasa de abandono llega al 52%.

Tratamiento farmacológico

No existen medicaciones cuya indicación primaria sea la prevención de la conducta suicida. Puede considerarse el inicio de un tratamiento con ISRS en el caso de un episodio depresivo significativo o un trastorno de ansiedad. Si se inicia un ISRS, tanto el paciente como los cuidadores deben recibir información suficiente sobre este, y ser estrechamente controlados para poder identificar un empeoramiento de la ideación suicida, si se produjera.

Psicoeducación

Debe realizarse psicoeducación sobre la necesidad de apoyo e implicación en un tratamiento adecuado. Los cuidadores pueden necesitar ayuda para reconocer la seriedad de los síntomas o de la situación. Además, pueden albergar sentimientos negativos o prejuicios sobre los diagnósticos de salud mental y su manejo terapéutico. Debe transmitirse el riesgo de no tratar un trastorno mental y de no abordar los estresores psicológicos.

Decisión sobre hospitalización

No existen criterios validados para guiar al clínico para evaluar el riesgo de conductas suicidas o suicidio, y determinar en consecuencia la modalidad de tratamiento. Sin embargo, existe acuerdo en que los criterios generales para una hospitalización incluyen cualquiera de los siguientes: deseo persistente de morir, desesperanza grave, agitación, ...

La hospitalización involuntaria	En ocasiones debe realizarse un ingreso en contra de la voluntad del paciente y/o familiares. Los profesionales deben conocer los aspectos legales implicados, los administrativo-legales, y las circunstancias que justifican la adopción de tal medida.
---------------------------------	---

Fuente: Programa de prevención de la Conducta Suicida en Canarias (2021)

El Plan también contempla un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico, teniendo en consideración que todos los pacientes que ingresan tienen un riesgo suicida marcadamente superior al de la población general.

Tabla 13

Protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico

Factores de riesgo para el suicidio durante el ingreso	<p>Se considera que la deficiencia en la seguridad en cuanto a los elementos estructurales es la causa raíz más frecuente para el suicidio en pacientes ingresados. Si bien la baja sensibilidad y especificidad de los factores de riesgo, unido a la baja frecuencia del fenómeno, hacen que sea muy difícil predecir con precisión si el suicidio se producirá o no, ello no significa que se deban evaluar y tener en consideración para estimar el riesgo suicida.</p> <p>Los pacientes con más riesgo son aquellos con trastornos afectivos, esquizofrenia, ciclación rápida y trastornos de la personalidad; ingresos involuntarios; pacientes jóvenes, especialmente los evadidos, y también con permisos acordados. Otros factores de riesgo, comunes a diferentes trastornos, son el humor deprimido, la gravedad de la depresión, y un sufrimiento prolongado relacionado con una batalla perdida frente al trastorno mental grave, con numerosas hospitalizaciones.</p>
Escalas de evaluación	<p>Las escalas de evaluación nunca deben sustituir a la entrevista clínica. Sin embargo, pueden aportar una información complementaria en la evaluación.</p> <p>Dentro de las diferentes escalas, se recomiendan las escalas de desesperanza, ideación suicida e intencionalidad suicida de Beck. Asimismo, se recomiendan los ítems de conducta suicida del Inventario de depresión de Beck y de la Escala de valoración de la depresión de Hamilton.</p>
Evaluación del riesgo	Como norma general, se realiza una evaluación del riesgo suicida a las personas ingresadas en una Unidad de psiquiatría. Sin embargo, es necesario conocer la utilidad de tal evaluación para poder adecuar la toma de decisiones relativas a los pacientes.
Precauciones de seguridad	<p>Dado que el juicio clínico se ha mostrado impreciso y diferente entre profesionales, el clínico debe ser cauto y no pecar de exceso de confianza. Al fin y al cabo, habitualmente un paciente con alto riesgo suicida no tiene la predisposición de confiar sus intenciones a alguien que puede impedírselas. Además, otros pacientes actúan de forma impulsiva tras haber sido evaluados como “no suicidas en la actualidad”.</p> <p>Por ello, la seguridad en el entorno y la atención de calidad probablemente resulten en un mayor potencial preventivo que las evaluaciones para categorizar a nivel de riesgo, sin que ello signifique que tales evaluaciones no sean necesarias.</p>

Diseño de la Unidad y el entorno	El diseño ideal de una Unidad hospitalaria es aquel que conjuge la ausencia de elementos físicos que impliquen riesgo, con la mayor probabilidad posible de tener a los pacientes bajo visión directa de forma continua. El factor más importante de los suicidios ha sido la presencia de elementos físicos de riesgo, representando el 84% de los casos. El método más frecuente ha sido el ahorcamiento, y ocurre con más frecuencia en baños, dormitorios y armarios.
Aspectos relacionados con la plantilla	Las evaluaciones inadecuadas, la deficiente comunicación entre la plantilla, la actitud inadecuada, una formación suficiente, y la falta de información se han señalado como factores de riesgo para el suicidio en pacientes hospitalizados. Los profesionales de enfermería deben conocer los factores de riesgo, la evaluación del riesgo suicida y la prevención.
Observación directa	La observación directa puede ser necesaria en situaciones de alto riesgo suicida. Sin embargo, se estima que la observación continua más allá de 72 horas puede resultar contraproducente y requiere una revisión del caso en profundidad.
Pacientes evadidos	Aproximadamente un tercio de los pacientes que se suicidan durante el ingreso lo hacen en situación de evasión, y otro tercio en permisos acordados. Sin embargo, la medida de "puertas cerradas" no está exenta de controversia, y tanto esta medida como la de "puertas abiertas" tienen inconvenientes.
Suicidio tras el alta	La tasa de suicidio tras el alta hospitalaria de psiquiatría es muy alta, y no ha decrecido en los últimos 50 años. Esta tasa se sitúa en 484 suicidios por 100.000 personas/año. El período inmediatamente posterior al alta puede ser crítico, influenciado por diversos aspectos psicológicos y la posible no adherencia, entre otros factores.
Tras un suicidio	Cuando se produce un suicidio de un paciente hospitalizado, parece recomendable una reunión de todo el personal de la Unidad para informar del suicidio y desarrollar una estrategia de apoyo a los restantes pacientes para prevenir un posible efecto contagio.

Fuente: Programa de prevención de la Conducta Suicida en Canarias (2021)

4.3.3 Eficacia del programa

Con los datos reflejados en la [tabla 14](#), se observa que el número de suicidios en los hombres ha ido en ascendiendo cada año menos en 2020 que bajó algo. En el caso de las mujeres, también ha ido en ascenso, con excepción del año 2019 y 2022. También se observa que los años más críticos fueron 2021 y 2022, años que se estaba bajo los efectos de la pandemia.

Las tasas de mortalidad han ido aumentando cada año, aunque fuera de manera no muy alarmante, todo lo que sea aumentar va por mal camino.

Pese a todos los esfuerzos realizados, pese a los detallados que resultan los programas, los resultados demuestran que son necesarios más recursos. Entre los motivos que conducen a esta situación podrían contemplarse la falta de respuesta por parte del sistema; así como la

escasez de recursos en el Servicio Canario de Salud, que debería actuar como cortafuegos para atajar el problema.

A veces, el médico de familia está desbordado y se encuentra obligado a recetar pastillas cuando el problema podría solucionarse con algunas sesiones de terapia.

Tabla 14

Tasa de mortalidad por suicidio en Canarias 2018-2022

Año	Número de suicidios		Tasa total suicidios por 100 000 h.	Tasa suicidios hombres	Tasa suicidios mujeres
	Hombres	Mujeres			
2018	154	38	8,82	14,18	3,54
2019	169	34	8,87	14,99	2,86
2020	157	51	9,27	14,3	4,33
2021	174	60	10,56	15,69	5,54
2022	190	52	10,59	16,57	4,76

Fuente: INE. Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad (2024)

4.4 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

Se trata de la primera comunidad autónoma con mayor superficie con 94.227 km², la Comunidad Autónoma más grande de España, con una densidad de población de 2.558.463 habitantes (1.173.114 hombres y 1.210.025 mujeres). Con 25 habitantes/km², mantiene una muy baja densidad si la comparamos con la densidad de población de España y la del resto de las comunidades autónomas. Su tasa de empleo es del 54,59% y con un 9,5% de tasa de desempleo, según la EPA, siendo la séptima Comunidad Autónoma en el ranking, de menor a mayor, de paro de las comunidades autónomas. Su PIB es de 64.227 millones de euros, lo que la sitúa como la séptima economía de España por volumen de PIB. En cuanto al PIB per cápita, que es un buen indicador de la calidad de vida, en Castilla y León en 2022, fue de 26.992 euros, frente a los 30.320 euros de PIB per cápita en España. Ocupa el octavo puesto

del ranking de PIB per cápita de las comunidades autónomas, lo que supone que su población tiene un buen nivel de vida en relación al resto. En 2023 su deuda pública fue de 13.865 millones de euros, un 19,9% de su PIB y su deuda per cápita de 5.800 euros/habitante. Si ordenamos las comunidades autónomas, de menor a mayor deuda, vemos que Castilla y León está localizada en la octava posición de la tabla de comunidades autónomas y en la decimoprimera posición en cuanto a deuda/habitante se refiere. Con respecto a su nivel de estudios hay un 29,5% de hombres y 33,8% de mujeres con estudios superiores y con estudios secundarios un 13,6% de hombres y un 13,2% de mujeres. En zonas rurales habitan 793.626 habitantes y en zonas urbanas asciende el número hasta 1.589.513 habitantes.

4.4.1 El suicidio en Castilla y León

Esta comunidad presenta unas tasas de suicidio en los hombres de 3,1 veces mayor que en las mujeres. Este hecho podría deberse a la mayor letalidad de los métodos de suicidio empleados por los hombres.

Existen, igualmente, diferencias importantes en relación con rangos de edad y sexo. Para los varones, las tasas de suicidio se incrementan con la edad; la más elevada es la tasa de los mayores de 79 años que multiplica por cuatro la de los jóvenes entre 15 y 29 años. En el caso de las mujeres la tasa bruta de suicidios no experimenta variaciones significativas por rango de edad, con valores más estables.

4.4.2 Los programas frente al suicidio

El primer Plan estaba recogido en el Decreto 68/1991⁶, de 11 de abril, por el que se aprueba el I Plan Estratégico de Salud para Castilla y León, publicado el día 17 de abril de 1991 (BOCyL nº 73).

Una de sus áreas de actuación era el suicidio cuyo objetivo principal era la disminución de riesgo suicida. Además de los siguientes objetivos (pág. 21):

Objetivos de Mejora de servicios:

⁶ <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/recopilacion-normativa/planes-sanitarios/decreto-68-1991-11-abril-aprueba-plan-estrategico-salud-cas>

1.- En 1992, habrá programas de seguimiento de sujetos en riesgo de suicidio en todos los niveles sanitarios.

2.- En 1995, habrá programas de ayuda urgente a grupos en riesgo de suicidio.

... "Ver objetivos de mejora de servicios en Salud Mental y Ancimos.

Objetivos de Vigilancia Epidemiológica e Investigación:

1.- En 1992, se impulsará el estudio y seguimiento epidemiológico de los suicidios.

Objetivo general:

1.- En 2000, se habrá conseguido una disminución del 5% de los suicidios consumados.

Así en el II Plan recogido en el Decreto 212/1998⁷, de 8 de octubre, por el que se aprueba el II Plan de Salud de la Comunidad de Castilla y León, publicado el día 14 de octubre de 1998 (BOCyL nº 197).

En su apartado 3 sobre Servicios Sanitarios, y dentro de Enfermedades Mentales se encuentra un párrafo en el que especifica que en el 2000, se realizarán programas específicos en grupos de riesgo suicida en el 25% de las Unidades de Hospitalización y Equipos de Salud Mental.

En el tercer Plan los objetivos eran más genéricos, se citaba la mejora de la prevención y el desarrollo de Programas de seguimiento de personas con intentos de suicidio. En el apartado dedicado a la Depresión, se recoge como objetivo general, el mantener la tendencia descendente en las tasas suicidas.

En objetivos específicos, incluyen la mejora en la prevención de suicidios aumentando el porcentaje de planes de prevención de situaciones de riesgo. También el incrementar la detección de planes suicidas, en Atención Primaria.

Dentro de las medidas y estrategias, está el consensuar e implantar un protocolo con criterios para la detección precoz de riesgo de suicidio que sea aplicable en Atención Primaria. Por otro lado, el desarrollo de un programa de seguimiento para personas con tentativas de suicidio frustradas.

Por último, en el IV Plan⁸ se contempla la identificación de las personas en riesgo de suicidio, disminuir sus tentativas, reducir la mortalidad por suicidio y asegurar la coordinación

⁷ <https://bocyl.icyl.es/boletin.do?fechaBoletin=14/10/1998>

asistencial en su atención. Formula diversos procedimientos para la detección y evaluación del riesgo, la protección, el seguimiento y la coordinación tanto en la Atención Primaria como en los servicios de Urgencias y en los de Psiquiatría y Salud Mental. El objetivo general de la estrategia de prevención (pág. 57) es disminuir (al máximo) la incidencia y la prevalencia del suicidio en Castilla y León, garantizando una atención adecuada de la persona y sus allegados, mediante el abordaje integral del proceso de prevención, atención y seguimiento de la conducta suicida. El cumplimiento de este objetivo general está basado en los siguientes principios:

- La intervención multidisciplinar y coordinada de profesionales de los diferentes ámbitos implicados para prevenir el riesgo de suicidio en los colectivos vulnerables.
- La concienciación y sensibilización de la población general sobre la conducta suicida y especialmente a los medios de comunicación para el tratamiento adecuado de la información.
- Adecuado conocimiento epidemiológico de la conducta suicida y potentes líneas de investigación para el abordaje con evidencia científica.
- Excelente capacitación profesional de todos los agentes de los ámbitos sanitario, social y educativo.

4.4.3 Eficacia del programa

Con los datos reflejados en la [tabla 15](#), se observa que el número de suicidios en los hombres ha ido en ascendiendo cada año menos en 2021 que bajó algo. En el caso de las mujeres, los primeros años del estudio 2018 y 2019 bajaron, subiendo a partir de 2020. También se observa que los años más críticos fueron 2021 y 2022, años que se estaban bajo los efectos de la pandemia, algo que se repite en otras comunidades de nuestro estudio.

⁸ <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2.ficheros/2140352-Estrategia%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20la%20conducta%20suicida%20en%20Castilla%20y%20Le%C3%B3n%202021-2025.pdf>

Las tasas de mortalidad han ido aumentando progresivamente cada año, aunque fueran las diferencias no muy grandes, por lo que demuestra que las medidas de prevención no están siendo las esperadas.

Tabla 15

Tasa de mortalidad por suicidio en Castilla y León 2018-2022

Año	Número de suicidios		Tasa total suicidios por 100 000 h.	Tasa suicidios hombres	Tasa suicidios mujeres
	Hombres	Mujeres			
2018	164	56	8,84	13,27	4,51
2019	176	52	9,07	13,91	4,36
2020	183	54	9,53	15	4,21
2021	172	66	9,93	14,35	5,64
2022	190	64	10,17	15,27	5,22

Fuente: INE. Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad (2024)

4.5 COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Se trata de la segunda comunidad autónoma con mayor superficie de 87.597 km², está compuesta por ocho provincias: Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén; Málaga y Sevilla, con una densidad de población de 8.628.026 habitantes (4.242.475 hombres y 4.385.551 mujeres), suponiendo una tasa a nivel nacional de 17,9%. Su tasa de empleo es del 53% en los hombres y del 41% en las mujeres, con un 17,6% de tasa de desempleo de la población activa, una tasa superior a la nacional, siendo una de las comunidades autónomas con mayor porcentaje de paro. Su PIB es de 180.224 millones de euros, lo que la sitúa como la tercera economía de España por volumen de PIB. En cuanto al PIB per cápita, que es un buen indicador de la calidad de vida, en Andalucía en 2022, fue de 21.091 euros, frente a los 30.320 euros de PIB per cápita en España. Se encuentra en el puesto decimooctavo respecto al total de las comunidades autónomas, lo que indica que sus habitantes tienen un bajo nivel

de vida en comparación con la media de España. En 2023 su deuda pública fue de 38.649 millones de euros, un 19,8% de su PIB y su deuda per cápita de 4.480 euros/habitante. Si ordenamos las comunidades autónomas, de menor a mayor deuda, vemos que Andalucía se encuentra en la decimoctava posición de la tabla de comunidades autónomas y en la cuarta posición en cuanto a deuda por habitante se refiere.

Con respecto a su nivel de estudios hay un 13,3% de hombres y un 12,5% de mujeres con estudios secundarios y un 28,1% de hombres y un 30,8% de mujeres con nivel superior.

La Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía ha invertido 14.213.267 euros desde el año 2019 en la mejora de las infraestructuras destinadas a la Salud Mental. Se han ampliado la plantilla con un total de 318 efectivos, entre los que se hallan 26 psicólogos y psiquiatras como facultativos referentes en la prevención del suicidio y otros 26 facultativos en las unidades especializadas en atención infanto-juvenil.

4.5.1 El suicidio en Andalucía

En esta comunidad se observa la existencia de una “distribución geográfica” donde la tasa de suicidios supera con creces al resto de la comunidad autónoma. Estamos hablando de los casos que se registran en los municipios de Alcalá la Real (Jaén), Priego de Córdoba e Iznájar (ambos en la provincia de Córdoba). En los últimos años la zona geográfica se ha ampliado al extenderse el área de influencia a localidades próximas, produciendo una media de 19,2 casos por cada 100.000 habitantes. Se encuentra también un patrón de ejecución en el que aproximadamente un 80% de los casos se producen por ahorcamiento. Entre las dificultades del abordaje del problema se puede nombrar la heterogeneidad geográfica y la complejidad de su etiología, como consecuencia de la confluencia de múltiples causas. Entre los factores de riesgo, tenemos en primer lugar los intentos previos, la presencia de ideación suicida y contar con un plan elaborado, así como el consumo de sustancias o trastornos mentales (pánico, depresión, duelo), condiciones económicas precarias, así como la desesperanza y la carencia de una red de apoyo. Otros factores serían la diferencia en función de los grupos etarios y de sexo. En cuanto a la edad, los adolescentes constituyen un grupo de riesgo, así como los ancianos que, si bien, presentan menos intentos, su condición física supone en la mayor parte de los casos un desenlace fatal. En lo que afecta al sexo, las mujeres presentan

más intentos de suicidio, pero en los hombres se registra un número mayor de suicidios consumados, hecho en gran parte atribuible a la mayor letalidad de los medios utilizados.

4.5.2 Los programas frente al suicidio

El III Plan Integral de Salud Mental en Andalucía (PISMA)⁹, para su elaboración ha contado con las aportaciones de diversos grupos de trabajo, en los que han participado alrededor de ochenta personas, tanto profesionales de los diversos ámbitos relacionados con la salud mental, como representantes de las asociaciones de personas usuarias y de familiares.

En el ámbito de la promoción y prevención en salud mental tiene como objetivos llevar a cabo acciones para ayudar al bienestar emocional de la población, especialmente en la infancia, personas mayores y en población afectada por otros problemas de salud.

El documento nace con una filosofía de ser un programa de acciones viables y evaluables. Sin evaluación no existe la evolución.

Este Plan se basa en los principios y enfoques que han de regir la atención comunitaria, orientados a la recuperación de las personas con enfermedades mentales y enriquecidos con aquellos que asumen los planes integrales de la Consejería de Salud.

El Plan agrupa estos principios y enfoques en tres grandes pilares, que deben constituir la base de la orientación de los servicios: la evidencia, la experiencia y el pilar ético, elemento transversal que impregna a los otros dos.

- El pilar ético es el considerado más importante, ya que los principios éticos son fundamentales porque guían las decisiones sobre la organización general y las actividades diarias específicas de la atención mental.
- La evidencia, que incluye la necesidad de disponer del conocimiento sobre la realidad epidemiológica y el uso de los servicios que hace la población. Junto a este conocimiento, entienden que, para una toma de decisiones adecuada, hay que considerar los diferentes componentes del sistema de atención y su disponibilidad.

⁹ <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/plan-integral-salud-mental-2016-2020.html>

- El tercer pilar es la experiencia, acumulada y contrastada, de casi medio siglo de desarrollo de un modelo de atención y del que concluyen debe tener unas características específicas para desarrollar servicios de salud mental equilibrados.
 - . Los servicios deben reflejar las prioridades de las personas usuarias y de sus familiares.
 - . La evidencia apoya tanto la necesidad de servicios hospitalarios como comunitarios.
 - . Los servicios deben estar siempre cerca del domicilio.
 - . Algunos servicios tienen que ser más móviles que estáticos.
 - . Las intervenciones deben abordar tanto los síntomas como las discapacidades.
 - . El tratamiento debe ser personalizado y adaptado a las necesidades individuales.

Su aplicación se viene realizando a través de la Red Andaluza de Prevención, promoviendo la salud mental y el bienestar emocional. Por otro lado, existe un Sistema de Registro de conducta suicida para mejorar los sistemas de información sobre la misma, así como un mapeo de muertes por suicidio al fin de tener localizado los lugares con mayor incidencia, proporcionando valiosa información sobre ellos y los métodos sobre los que actuar. Llevando, también, un control sobre medios letales o facilitadores (armas, tóxicos, drogas, alcohol, ...).

Se trata de un plan de prevención del suicidio a nivel regional, con implantación local, que abarca la ideación suicida, los intentos de suicidio y las actuaciones ante los suicidios consumados en todas las franjas etarias (infancia y adolescencia, edad adulta y personas mayores), con estrategias de prevención universal, selectiva e indicada. Este plan debe contemplar actuaciones de promoción del bienestar dirigidas a toda la población; ayuda telefónica y telemática; formación a profesionales de diferentes sectores (salud, educación, servicios sociales, medios de comunicación, fuerzas y cuerpos de seguridad, y servicios de emergencias no sanitarias); acciones para grupos vulnerables; intervenciones para colectivos de alto riesgo; y restricción del acceso a métodos letales.

4.5.3 Eficacia del programa

De los datos reflejados en la [tabla 16](#) podemos comprobar que el número de suicidios en los hombres ha ido en ascenso cada año transcurrido, excepto en 2019 que hubo una mejoría, bajando hasta los 478 casos. En relación con las mujeres también hubo ascenso hasta el año 2020 que se produjo un pico de casos, descendiendo en los años siguientes 2021 y 2022.

Con respecto a la tasa por cada 100.000 habitantes se comprueba, según los datos, que ha sido un continuo ascenso hasta el año 2022 que hubo una pequeña bajada con respecto al año anterior.

Tabla 16

Tasa de mortalidad por suicidio en Andalucía 2018-2022

Año	Número de suicidios		Tasa total suicidios por 100 000 h.	Tasa suicidios hombres	Tasa suicidios mujeres
	Hombres	Mujeres			
2018	505	148	7,77	12,63	3,56
2019	478	162	7,58	11,87	3,7
2020	576	217	9,35	12,54	3,91
2021	669	188	10	15,79	4,37
2022	651	179	9,71	14,97	3,94

Fuente: INE. Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad (2024)

4.6 CASOS EN LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO

4.6.1 Los cuerpos de seguridad

En España tenemos Cuerpos de Seguridad que trabajan a nivel estatal o a nivel autonómico.

En este trabajo se va a valorar la casuística de los casos de suicidio consumado, a nivel numérico, entre los dos Cuerpos de Seguridad a nivel nacional que existen en España, el Cuerpo Nacional de Policía y la Guardia Civil. Por cuestiones de confidencialidad no disponemos de todos los datos que serían de interés para un trabajo más completo y poder

comparar con más fiabilidad los casos producidos en la población a nivel general con los casos ocurridos en los cuerpos de seguridad.

Se han podido conseguir los datos numéricos relativos a los casos de la Guardia Civil, aunque sin poder tenerlos diferenciados por sexo, edad, comunidad autónoma u otro concepto análogo. Sin embargo, en lo que respecta al Cuerpo Nacional de Policía ha sido totalmente imposible conseguirlos por los motivos mencionados anteriormente.

Los miembros que lo conforman no siempre trabajan en un clima laboral adecuado para las funciones que desempeñan y esta circunstancia puede acarrear problemas de salud mental asociados a trastornos de ansiedad, estrés laboral, depresión, etc.

Las consecuencias de esta sintomatología nos pueden provocar cambios en nuestra conducta diaria, en las relaciones interpersonales con amigos o familia, lo que nos acarrearía una situación grave de cara a nuestra salud.

4.6.1.1 El Cuerpo Nacional de Policía

El Cuerpo Nacional de Policía, instituto armado de naturaleza civil, está compuesto por una plantilla de aproximadamente 72.000 efectivos de los cuales unos 4.000 son funcionarios civiles y personal laboral. Encontrándose prestando servicio en capitales de provincia y en poblaciones con más de 30.000 habitantes.

Con fecha 5 de noviembre de 2020 se aprueba el Plan de Promoción de la Salud Mental y Prevención de la Conducta Suicida y con fecha 10 de septiembre de 2021 se crea una línea telefónica de atención que está abierta durante 24 horas los 365 días del año.

Tiene un Equipo de Intervención Psicosocial que está dentro del área de coordinación de Prevención de Riesgos Laborales. Este Equipo está compuesto por siete psicólogos facultativos, clínicos principalmente, que se encuentran ubicados en Madrid. A su vez, debido al número de efectivos y su localización por toda la geografía española, están apoyados por otros equipos multidisciplinares repartidos por las distintas provincias españolas. Para poder llevar a cabo terapias en caso de ser necesario, cuentan con la externalización de éstas a través de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) y en determinados casos con el Servicio Nacional de Sanidad.

4.6.1.2 La Guardia Civil

En lo referente a la Guardia Civil, cuerpo de naturaleza militar, está compuesta por un total de 82.000 efectivos aproximadamente, repartidos por toda la geografía nacional.

El Servicio de Psicología y Psicotecnia de la Guardia Civil se creó el 23 de octubre de 1979, a lo largo de los años se ha ido adaptando a los nuevos tiempos teniendo actualmente tres áreas (clínica, organizacional y educativa), en la primera de ellas se atiende la problemática de la prevención del suicidio, teniendo igual que el Cuerpo de Policía Nacional un teléfono de atención psicológica que está permanentemente atendido por psicólogos clínicos.

El Servicio de Psicología en coordinación con el Servicio de Sanidad, llevan el control de los miembros que se encuentran de baja psicológica, al objeto de prestar cualquier tipo de apoyo y prestarle las intervenciones psicológicas que en cualquier momento se precise por la evolución del caso.

Anteriormente, se mencionaba que los datos obtenidos relativos a los casos de suicidio en la Guardia Civil habían sido numéricos, pero no se han podido conseguir las demás variables asociadas a esos datos, es decir, datos relacionados al sexo, edad, comunidad autónoma, etc., de los finados. Igual situación ocurrió con los datos del Cuerpo Nacional de Policía.

4.6.1.3 Comparativa de casos de suicidios entre el Cuerpo de Policía Nacional y Guardia Civil

A continuación, en la [tabla 17](#), se pueden observar el número de suicidios que se han producido en los dos Cuerpos durante los años que se están tratando en el trabajo (2018-2022).

Tabla 17

Número de suicidios en miembros de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado

Año	Guardia Civil	Cuerpo Nacional de Policía
2018	10	7
2019	9	10
2020	11	8

2021	15	15
2022	13	9

Fuente: Gobierno de España (2024)

Según los datos que se reflejan en la tabla anterior, llama la atención a primera vista que la Guardia Civil presente más casos de suicidio que el otro Cuerpo policial. Ahí se tendría que valorar algunos factores laborales que diferencian a un Cuerpo de otro, por ejemplo los destinos de Guardia Civil pueden ser en cualquier parte de la geografía española, mientras que la Policía Nacional está en capitales de provincia y en ciudades de más de 30.000 habitantes. Las condiciones laborales también pueden influir en la tasa de casos, ya que hay una gran diferencia de trabajar en un Cuerpo militar a otro civil. El régimen militar de la Guardia Civil en determinadas ocasiones produce situaciones que pueden ser difíciles de sobrellevar, ya que hay una disciplina que hay que asumir en todos los ámbitos en los que se desenvuelve su labor. Pudiendo producirse en determinadas situaciones patologías relacionadas con estrés, depresión, ansiedad, etc.,

Por otro lado, el Cuerpo Nacional de Policía cuenta con sindicatos policiales que apoyan a los componentes del Cuerpo en situaciones críticas, aunque en la Guardia Civil actualmente ya lo poseen también, las diferencias entre un Cuerpo y otro aún siguen estando muy diferenciadas, entre otras cosas, porque su diferencia salarial está también presente en su problemática, motivo también influyente en el ánimo personal de los miembros, al sentirse discriminados por razón de salarios, desempeñando funcionales policiales tanto unos como otros y corriendo la misma peligrosidad en sus funciones.

5. DISCUSIÓN

Los Planes de prevención que se han venido utilizando a lo largo de este trabajo están pensados, principalmente, para trabajar dentro del ámbito de la salud mental. Sin embargo, dentro del amplio margen que abarca este ámbito nos encontramos que son de aplicación para la prevención del suicidio en todas las áreas en las que se pueda trabajar para la

localización previa de intentos suicidas, desde el ámbito sanitario propiamente dicho, pasando por el educativo, social y de servicios sociales, por ejemplo.

Su tarea de prevención está cuestionada por la eficacia que sus estadísticas de casuística nos demuestran, así vemos que no son tan eficaces como nos prometen que van a ser a la hora de su implantación y de asignación de recursos, que han demostrado ser insuficientes, tanto a nivel de personal dedicado a la prevención y seguimiento de personas con ideación suicida, como de asignación de recursos tanto materiales, lugares de ubicación y económicos, al no asignar suficiente presupuesto para cubrir las necesidades existentes.

Sería una posible solución al problema, que las administraciones tuvieran más presente a la hora de poner en marcha los planes toda las necesidades que se tienen que atender para una reducción más eficiente del problema. Se debería de destinar más presupuesto en el funcionamiento del Plan, en cuestión, destinar una plantilla fija y con suficientes componentes para llevar a cabo todas las labores que se necesitan realizar, de prevención, terapéutico, acompañamiento, seguimiento dentro de la fase de riesgo como una vez se haya superado ésta. Teniendo presente a estas personas para de manera periódica comprobar su estado emocional y evitar, en lo posible, recaídas.

5.1 COMUNIDADES AUTÓNOMAS MÁS AFECTADAS

Como hemos podido ver en las [tablas 4 y 6](#), en ellas se plasma la evolución que han tenido las tasas de suicidio en cada Comunidad Autónoma durante el período de tiempo comprendido desde el año 2018 hasta el 2022. Destacamos como comunidades con más números de casos de suicidio consumados las de **Asturias, Galicia, Canarias, Castilla y León y Andalucía** por lo que han sido escogidas para la elaboración de este trabajo y por el otro extremos tenemos con menos casos a la **Comunidad de Madrid**, a pesar de tener el tercer puesto en número de habitantes (6.489.680 h.).

5.1.1 Tasas de suicidio por comunidad

Contrastando los datos reflejados en las tablas mencionadas, se comprueba que en el año 2022 (último de nuestro estudio) hay un total de once comunidades que tienen la mayor tasa de suicidios dentro del período de tiempo del estudio (2018-2022), coincidiendo con la etapa

post covid, algo que llama bastante la atención, considerando que se había superado la pandemia.

Por otra parte, tenemos que las diferencias de las tasas de suicidio en cada Comunidad Autónoma están determinadas por una serie de razones, coincidentes en la mayoría de los casos y que pueden ser atribuidas al desempleo, la ubicación geográfica de la Comunidad, el sexo o la zona de residencia, si es rural o urbana. Tenemos que **Asturias** es la Comunidad con una tasa más elevada, con una tasa total de 12,7/100.000 habitantes, consecuencia de la ubicación geográfica, ya que tienen pocas horas de luz, su población está muy envejecida, con las enfermedades mentales que llevan ese envejecimiento y que hacen que aumenten los casos, sobre todo en personas mayores de 75 años y ahora, tras la pandemia se han dado muchos casos en jóvenes de 20 a 24 años.

En **Galicia**, segunda Comunidad Autónoma en casos, con una tasa total de 11,39/100.000 habitantes, también observamos que su ubicación geográfica viene influyendo en la presencia de casos suicidas. Su población rural está muy dispersa y en muchos casos, alejada de zonas donde puedan recibir asistencia médica para casos de enfermedades mentales que pueden provocar suicidio. Las edades más afectadas son entre los 51 y 60 años, también entre 71 y 80 años. Es una Comunidad con un alto consumo de alcohol, hecho que favorece la desinhibición a la hora de realizar determinados actos suicidas.

En el **archipiélago canario**, con una tasa total de 9,6/100.000 habitantes, tenemos un alto porcentaje de desempleo que favorece la aparición de trastornos mentales, depresión, consumo elevado de alcohol y estupefacientes, es la comunidad con un consumo más alto de drogas. La renta anual, así como el nivel educativo también se encuentra presente en esta Comunidad como algo precipitante de la conducta suicida. El encontrarse en un estado de soledad, bien por divorcio, soltería, nos producen situaciones de angustia que nos producen malestar emocional, provocando situaciones de riesgo.

En la **Comunidad de Castilla y León**, con una tasa total de 9,5/100.000 habitantes, hay una probabilidad de 3,1 veces mayor en los hombres que en las mujeres para realizar conductas suicidas, sobre todo en mayores de 79 años, que cuadruplican los casos de los jóvenes de 15 a 29 años. Entre las mujeres que han realizado algún acto suicida no se ha observado la existencia de diferencias entre rangos de edad.

Andalucía, con una tasa total de 8,9/100.000 habitantes, nos presenta situaciones más elaboradas y planificadas para ejecutar con mayor garantía de éxito la conducta suicida. El medio más utilizado es el ahorcamiento, que se puede llevar a cabo de forma económica y en cualquier lugar sin tener que recurrir a recursos más difíciles de conseguir. Se producen más intentos por parte de las mujeres que de los hombres, aunque éstos son los que realizan más casos consumados al utilizar recursos más eficientes para su consecución.

Entre las comunidades ubicadas más al norte de la península, tienen en común una población más envejecida, más problemas de salud asociados a este envejecimiento, una ubicación geográfica con menos horas de luz al año, poblaciones rurales más dispersas entre sí y alejadas de centros de salud u hospitales. Mientras que en las otras Comunidades que hemos comentado, encontramos más problemas económicos o de índole más social, abuso de sustancias, desempleo.

5.1.2 Suicidio y pandemia por comunidades

En los años más críticos del COVID-19, 2020 y 2021, hay una Comunidad Autónoma que destaca ante las demás por su elevada tasa (**Asturias**) y en el otro extremo está la ciudad autónoma de Melilla, con la tasa más baja de España. En el primero de los casos no puede extrañarnos nada porque **Asturias** durante este estudio ha sido la que ha presentado siempre más casos; en el otro extremo encontramos a **Melilla**, sí que nos rompe el ritmo, ya que sus registros nos dicen que fueron durante estos años cuando más casos se produjeron, por lo que deducimos la existencia de una relación directa entre causa y efecto. De todas maneras, se ha buscado la existencia de razones determinantes para que se produjeran estas diferencias entre unas comunidades y otras; no encontrando nada más allá de lo que se viene diciendo a lo largo de este trabajo que son los motivos más comunes entre las personas que deciden tomar una determinación como esta (soledad, depresión, enfermedades crónicas, etc.).

Comparando las tasas que tienen las comunidades del estudio, tenemos que **Asturias**, **Galicia** y **Canarias** en el año 2018, son las que sumando el total de ambos sexos registraron más casos dentro del territorio español. En el año 2021 son tres las comunidades las que superan sus casos registrados en otros años del estudio, siendo éstas **Asturias**, **Galicia** y

Andalucía. En el año 2021, llevamos unos meses de trayectoria con la pandemia, por lo que tienen significado los casos de suicidio registrados, teniendo a la población inmersa en una situación de desesperación provocada por los familiares, amigos, conocidos que se han marchado como consecuencia del virus de la pandemia.

También el cansancio producido por el estado de confinamiento que se está viviendo desde marzo del año anterior, pasa factura en el estado anímico de la población que no todos consiguen superar la crisis a la que han sido llevados, conduciéndoles a situaciones complejas con resultado fatal.

En el año 2022, se empieza a ver algo de más esperanza, con las vacunas y el descenso, aunque lento, de casos críticos de COVID-19, por lo que se refleja esta situación en que solamente dos comunidades autónomas de este estudio, tienen los peores resultados, siendo Castilla y León, junto a Canarias las que más perjudicadas han sido.

Según lo comentado anteriormente, vemos que en los momentos más críticos y cuando se necesitan más los recursos para la prevención, no se ha hecho lo suficiente para poder tener en cuenta este problema que afecta de manera silenciosa a la población, en general.

Por lo que la población, en general, independientemente de sus circunstancias personales u otros factores que de manera generalizada puedan influir directa o indirectamente con el planteamiento de una ideación suicida, se ha tenido que enfrentar con algo tan desconocido como ha sido la pandemia de COVID-19, marcando al todo el planeta, haciendo que los habitantes del mismo se hayan visto en una situación tan anómala y crítica que hayan llegado al planteamiento y ejecución, en muchos casos, de algo que nunca hubieran creído posible como el realizar actos contrarios a la vida de su persona.

5.1.3 Programas de suicidio

En **Asturias**, el Plan que se está utilizando, dentro de la tasa de casos tan alta que tiene esta Comunidad, parece que algún efecto positivo está produciendo, viendo que los casos ocurridos dentro del período 2018 a 2022 algo se han reducido. Sin embargo, los métodos o la dedicación a la prevención siguen siendo insuficientes ya que sigue siendo la Comunidad con más prevalencia. La **Comunidad de Galicia** posee unos principios y unas líneas estratégicas muy bien definidas para atajar el problema del suicidio. Pero nos encontramos

con una dispersión poblacional que no acompaña a los fines buscados, ya que sería necesario que los profesionales de la Atención Primaria estuviesen más preparados para la detección de posibles casos. El **archipiélago canario** tiene un Plan de Salud Mental con una línea estratégica para la prevención del suicidio, así como distintos protocolos para completar las medidas. El Servicio de Salud Canario destina insuficientes recursos para la reducción de casos, además de que la Atención Primaria se encuentra desbordada de trabajo y, a veces, solamente pueden limitarse a prescribir fármacos, no derivando a terapia los posibles casos detectados. **Castilla y León**, dispone de un Plan en el que los objetivos están basados en unos principios asociados a unas líneas estratégicas en las que la prevención está muy presente. El problema que tiene es que hay una población muy envejecida, principalmente en las zonas rurales distanciadas de núcleos urbanos haciendo que sea difícil poder atenderla de manera más seguida por parte de los profesionales de la Atención Primaria que muchas veces tienen que recorrer grandes distancias para cubrir las poblaciones asignadas. Debiéndose solucionar este problema, dotando de más personal la sanidad rural, para que no sea necesario tener que cubrir tantas poblaciones. En **Andalucía** tienen un Plan que con sus doce objetivos cubre todo el área de salud mental, sin embargo, parece que no cumple sus objetivos de manera eficiente. La localización geográfica vuelve a estar presente como problema, así como el abuso de sustancias tóxicas, debido a la falta de concienciación en la población de los riesgos que su consumo conlleva.

Parece que todos los Planes están débiles a la hora de ser eficaces, habría que tomarse más en serio este problema en todos los aspectos que se han ido mencionando en el trabajo.

5.2 SUICIDIO EN LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO

En este trabajo se ha incluido como parte importante de la sociedad española y no exenta de las mismas situaciones problemáticas que sufre el resto de la población en cuanto a casos de suicidio, a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, para poder hacer una comparación entre la evolución de los casos registrados por las estadísticas del INE y los datos que hemos podido recopilar, a nivel de ambos Cuerpos policiales, aunque hayan sido exclusivamente numéricos por razones de protección de datos relacionados con las víctimas.

En las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, se manifiestan unas circunstancias laborales que las hacen diferentes al resto de la sociedad. Entre las que encontramos situaciones de estrés laboral, por la presión que sufren durante la ejecución de sus cometidos policiales, ansiedad por la incertidumbre de sus determinantes decisiones que se deben tomar, en muchos casos, sobre el terreno y que deben ser siempre acertadas, depresión por la pérdida de algún compañero durante el acto de servicio, a veces estando juntos en la misma intervención, o por otras pérdidas de familiares allegados, sin poder haber pasado un duelo en toda forma. También padecen, en muchas ocasiones, estrés postraumático tras la realización de intervenciones policiales en las que ha habido personas heridas, fallecidas, desaparecidas, etc., que hacen que esos momentos se queden grabados en su memoria y vayan socavando lentamente su estado mental.

Durante el año 2021, en ambos Cuerpos, cuando ya se estaba saliendo de la pandemia se registró un ascenso fuera de la tónica de otros años, que nos hace pensar que la pandemia también afectó negativamente a los miembros policiales, no quedándose exento de sus efectos negativos, al igual que el resto de la población.

En el resto de los años que se han estudiado en este trabajo (2018-2022), la media de casos ha estado muy igualada entre los dos Cuerpos, proporcionando unos 19 suicidios cada año, que aunque son muchos porque no debería de haber ninguno, por desgracia este problema sigue estando presente en todos los ámbitos de nuestra sociedad.

6. CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos relativos a los casos de suicidio ocurridos en la población residente en las comunidades autónomas estudiadas podemos deducir que:

- La eficacia de los planes de prevención no ha sido lo suficientemente buena para poder ver unos resultados óptimos de mejora en la comisión de actos suicidas.
- Como se ha mencionado en el apartado anterior, las administraciones públicas no llegan a cumplir los objetivos de poder prevenir los casos que se cometen por falta de inversión en recursos humanos, especializados en el tratamiento de personas con patologías que conlleven a situaciones trágicas como el suicidio. Tampoco se involucran a la hora de adjudicar presupuesto suficiente para abordar más medios materiales (locales, medios sanitarios, ...).
- No hay indicios que nos indiquen el cumplimiento del informe emitido, a nivel mundial, sobre el suicidio que la OMS publicó en 2014 a fin de concienciar a la población sobre la importancia del suicidio y de sus intentos para la salud pública.
- Se echa de menos un plan de prevención a nivel nacional, algo que unificaría más los criterios y recursos, serviría como referente a nivel de Comunidad Autónoma, apoyando a estas en lo que necesitaran para poder abordar la problemática con más rigor.
- Del mismo modo, en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, podemos deducir que en relación con la población en general está más controlada, aunque haya algún año en el que se vea un alza en los casos ocurridos entre sus componentes.
- También es destacable los obstáculos encontrados en la administración para la obtención de determinada información, que no ha sido posible encontrar por ser cuestiones consideradas como “RESERVADAS”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajdacic-Gross, V., Weiss MG, Ring M., Bopp, M., Gurzwiler, Rössler, W., (2008) Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86:726-732.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Al-Halabí, S. y Fonseca-Pedrero, E. (eds.) (2023). *Manual de psicología de la conducta suicida*. Madrid: Pirámide.
- Alexopoulos, G.S., Burce, M.L., Hull, J., Sirey, J.A., y Kakuma, T. (1999). Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry*, 56(11), 1048-1053. DOI: 10.1001/archpsyc.56.11.1048.
- Anseán, A. (2014). Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España.
- Arias, H.A. (2013). Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 215-225. ISSN: 2216-0701. <https://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815157>.
- Barber, M.E., Marzuk, P.M., Leon, A.C., y Portera, L. (1998). Aborted suicide attempts: a new classification of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 155(3), 385-389. DOI: 10.1176/ajp.155.3.385.
- Beauchaine, T.P., Hinshaw, S.P., y Bridge, J.A. (2019). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behaviors in Girls: The Case for Targeted Prevention in Preadolescence. *Clin Psychol Sci*, 7(4), 643-667. DOI: 10.1177/2167702618818474.
- Blasco, H. (2022). Guía Práctica sobre el suicidio y conductas relacionadas. Madrid: Editorial Síntesis.

Bobes, J., Giner, J., y Saiz, J. (eds.) (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones*

preventivas y de manejo del comportamiento suicida

. Madrid: Triacastela.

Coleman, L. & O'Halloran, S. (2004). *Preventing youth suicide through gatekeeper*

training. A resource book for gatekeepers. USA: Published by authors.

Dept. of Health and Human Services of US, Public Health Service. DHHS (2001). *NSFSP*

(National Strategy for Suicide Prevention). Goals and objectives for action.

Rockville: Autores.

Dept. of Health and Human Services of US, Public Healt Service. DHHS (2024).

[\[substance-abuse/national-strategy-suicide-prevention/index.html\]\(https://www.hhs.gov/programs/prevention-and-wellness/mental-health-substance-abuse/national-strategy-suicide-prevention/index.html\)](https://www.hhs.gov/programs/prevention-and-wellness/mental-health-</p></div><div data-bbox=)

Echeburúa, E. (2023). Muerte por suicidio. El sufrimiento de las víctimas y el duelo de

los supervivientes. Madrid: Pirámide.

Fleischmann, A., Bertolote, J.M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N.J.,

De Silva, D., Phillips, M., Vijayakumar, L., Varnik, A., Schlebusch, L., and Tran

Thi Thanh, H. (2008). Eficacia de una intervención de información y contactos

en los casos de intento de suicidio: ensayo controlado aleatorizado en cinco

países. *Bull World Health Organ*, 2008 Sep. 86(9): 703-709.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2649494/>

Franklin, J.C., Aaron, R.V., Arthur, M.S., Shorkey, S.P., y Prinstein, M.J. (2012).

Nonsuicidal self-injury and diminished pain perception: the role of emotion

dysregulation. *Compr Psychiatry*, 53(6), 691-700. DOI:

10.1016/j.comppsych.2011.11.008.

Gascón, M.F. (2003). ¿De qué hablamos cuando hablamos de eutanasia?

Humanidades Médicas. ISSN-e 1696-0327, Vol. 1, Nº 1, (ejemplar dedicado a

Eutanasia), págs. 5-12.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6663932>

Gobierno de España (1 de febrero de 2024). Pregunta escrita Congreso (184/1674 y

184/1675). Contestación a doña Isabel María Borrego Cortés (GP) y a doña

Ana Belén Vázquez Blanco (GP), sobre número de fallecimientos por suicidio
producidos en el Cuerpo de la Guardia Civil y en el Cuerpo de la Policía
Nacional en el período 2018 a 2022. Madrid.

Gobierno Vasco (2019). Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi.
https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast-7-10.pdf

Goldstein, R.B., Black, D.W., Nasrallah, A., y Winokur, G. (1991). The prediction of
suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model
applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen
Psychiatry*, 48(5), 418-422. DOI: 10.1001/archpsyc.1991.01810290030004.

Gonthier, F. (1998). Algunas reflexiones epistemológicas de la idea del suicidio en
sociología. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 81: 117-131

Grupo de trabajo de la Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la
Conducta Suicida. 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). 2012. Guías de Práctica Clínica en el
SNS. Avalia-t 2010/02. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Guerrero, M. (2019). Reflexiones sobre el suicidio desde la mirada histórica. *Boletín
Psicoevidencias* nº 55. ISSN 2254-4046 <https://psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/articulos-de-opinion/89-reflexiones-sobre-el-suicidio-desde-la-mirada-historica/file>

Herrejón, B. (2014). *Programas y Planes de Prevención de la Conducta Suicida*. En: A.
Anseán.

Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida.
Madrid: Fundación Salud Mental España.

Irigoyen, M. (2017). Más evidencias de que los grandes repetidores se comportan como un subgrupo en la conducta suicida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2018; 11(1):60-61

Isaac, M., Elias, B., Katz, L., Shay-Lee, B., Deane, F., Enns, M., et al. (2009). Gatekeeper Training as a Preventative Intervention for Suicide: A Systematic Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260-268.

Kessler, R.C., Borges, G., y Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 617-626. DOI: 10.1001/archpsyc.56.7.617.

Liu, Y., Xiao, Y., Ran, H., He, X., Jiang, L., Wang, T., ... Lu, J. (2020). Association between parenting and non-suicidal self-injury among adolescents in Yunnan, China: a cross-sectional survey. *PeerJ*, 8, e10493. DOI: 10.7717/peerj.10493.

López, L.F. (2020). Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet. *Norte de Salud Mental*. ISSN-e 1578-4940. Vol. 17, nº 63, 2020, pág. 25-36
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7553715>

Mamajón, M., Mamajón, J.A., Bravo, I., y Zambrana, A. (2014). *Prevención e intervención en la conducta suicida en la tercera edad*. En: A. Anseán. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España.

Mesones, J. E. (2014). *El suicidio a lo largo de la historia y las culturas*. En: A. Anseán. Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. Madrid: Fundación Salud Mental España.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Organización Mundial de la Salud. OMS (2001). *Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional*. Ginebra: autor.

<http://www.who.int>.

Organización Mundial de la Salud. OMS (2018). <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/800-000-people-kill-themselves-every-year.-what-can-we-do>

Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., ... Sampaio Faria, J. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatri Scand*, 85(2), 97-104. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1992.tb01451.x.

Sáiz, P.A. y Bobes, J. (2014) Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1): 1-4. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-prevencion-del-suicidio-espana-una-S1888989114000068>.

Sánchez, J.J., Martí B. y Castillo, A.E. (2017). Análisis de las estadísticas oficiales del suicidio en España (1910-2011). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 160: 95-114. <https://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.160.95>

Soto-Sanz, V., Ivorra-González, D., Alonso, J. et al. (2019). Revisión sistemática de programas de prevención del suicidio en adolescentes de población comunitaria [Systematic review of adolescent suicide prevention programs in community settings]. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(3), 1-14.

Steele, M.M., y Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 1: etiology and risk factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6 Suppl. 1). 21S-33S.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., ... Yeh, E.K. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med*, 29(1), 9-17. DOI: 10.1017/s0033291798007867.

L.C. (2003)- Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J- Abnorm Psychol*, 112(3), 375-381. DOI: 10.1037/0021-843x.112.3.375.

Yip, PSF, Liu KAY. The ecological fallacy and the gender rate of suicide in China. *British Journal of Psychiatry*. 2006;189:465-466.