

El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir

El suicidio es un problema de salud pública y un problema socio-sanitario de primer orden que también afecta a los jóvenes y adolescentes, convirtiéndose en la primera causa de muerte externa duplicando la mortalidad por accidentes de tráfico en esa franja de edad. Sin embargo, la inversión pública para concienciar y prevenir la conducta suicida es realmente escasa, aunque, como dice la OMS, el suicidio es un problema 100% prevenible. Además, España carece de un plan nacional contra el suicidio, si bien está anunciado. En este trabajo se describen diversos fenómenos relacionados con el suicidio, tales como ideación, intentos, autolesiones, entre otros. También comentaremos las tasas de prevalencia internacionales y nacionales, así como las principales causas del suicidio y su impacto social y económico. Posteriormente, se abordan los colectivos más vulnerables, tales como son las minorías. También se repasan los principales mitos y creencias relacionadas con el suicidio. Por último, se presentan algunas de las iniciativas y recursos que existen para prevenirlo en estas edades. Este trabajo pretende ser una primera aproximación a este problema para profesionales de ámbitos socio-sanitarios y educativos, de modo que puedan conocer mejor un fenómeno que está presente en su contexto laboral.

Palabras clave: suicidio, adolescencia, prevalencia, factores de riesgo, prevención.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization (WHO), 2018), el suicidio es un problema de salud pública grave a nivel mundial, ya que supone un impacto personal y familiar duradero en las personas allegadas de quién lo comete y un impacto social y económico reseñable en las comunidades, países y sociedades afectadas. En consecuencia, es un asunto que debería preocupar a las autoridades, a los profesionales de la salud y al resto de la sociedad. La OMS enfatiza que el suicidio es un problema 100% prevenible si se realizan intervenciones oportunas y con abordaje multifactorial, multisectorial e integral (WHO, 2014a). En España, estudios recientes señalan que se trata de un problema de salud pública creciente y un problema socio-sanitario de primer orden (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica *et al.*, 2018), siendo una de las principales causas de mortalidad en adolescentes.

Sin embargo, ¿es esto real? ¿o estos mensajes están dramatizados y descontextualizados que lo único que pretenden es inculcar el miedo a la población? Y si es así, ¿Qué podemos hacer cuando un adolescente nos dice o detectamos que quiere realizar un acto suicida? ¿Es sólo una llamada de atención, o es que realmente nos debemos preocupar? Además, muchas personas creen que es un problema que sucede muy infrecuentemente, o que no se puede hacer nada para prevenirlo. En este capítulo intentaremos

responder a estas preguntas a través de datos científicos y contrastados y aspectos prácticos.

Pero antes de todo, queremos dar unas definiciones para aclarar la complejidad de los pensamientos y conductas que están asociadas al suicidio.

1. ¿Qué tipos de conductas y pensamientos suicidas existen? ¿Es un simple fenómeno o la realidad es más compleja?

Cuando hablamos del suicidio en sentido amplio podemos estar refiriéndonos a muy diversos fenómenos y la realidad es mucho más compleja. Así, existen diversos términos que seguidamente intentaremos aclarar, como por ejemplo el suicidio consumado, el intento o acto suicida con y sin resultado de muerte, el plan detallado o no detallado de suicidio, tener ideas de suicidio, deseos de morir o las conductas autolesivas que no tienen por objeto acabar con la integridad física de la persona.

Diversos autores han tratado de ordenar y describir cada uno de estos comportamientos del ser humano. Así, diferentes investigadores han propuesto diversos términos para conceptualizar este complejo fenómeno definido por la OMS de forma elemental, como “el acto de quitarse deliberadamente la propia vida”, si bien en la actualidad, podríamos decir que existe cierto acuerdo al considerar que el suicidio “oscila” a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que abarca desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado, Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012).

Siguiendo el sistema de evaluación denominado Algoritmo de Clasificación Columbia para la Evaluación del Suicidio (Columbia Classification Algorithm for Suicide Assessment, C-CASA; Posner *et al.*, 2007) y el instrumento correspondiente (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, CSSRS; Kelly *et al.*, 2011), este grupo de investigación ha propuesto la siguiente clasificación y las correspondientes definiciones de los fenómenos relacionados con el suicidio (Interian *et al.*, 2018; Posner *et al.*, 2014) (véase tabla 1).

Un primer tema que debe abordarse son las conductas relacionadas con el suicidio que se evalúan.

Así se puede diferenciar entre un **intento de suicidio real y una conducta autolesiva sin intención de suicidio**.

Un intento de suicidio real se refiere a un comportamiento autoinfligido con alguna intención de morir. El comportamiento puede resultar en una lesión o, si la lesión no ocurre, si por lo menos involucra potencial de lesiones. A veces resulta difícil determinar la intencionalidad del suicidio, pero se puede conseguir a través de una exhaustiva evaluación sobre la intencionalidad del individuo respecto a esa conducta. Si la determinación de la intencionalidad del suicidio no es posible (por ejemplo, el individuo se niega a revelar información), puede ser inferida en base a dos factores (Posner *et al.*, 2014): 1. Inferirlo si la persona sentía que la muerte podía ser el resultado de su comportamiento, aunque no ocurriera, y 2. Inferirlo si las circunstancias son tan obvias que no deja alguna duda en cuanto a las intenciones (p. ej., un disparo en la cabeza).

Tabla 1. **Clasificación y definición de conductas autolesivas suicidas y no suicidas (Interian *et al.*, 2018, pp. 3-4; Posner *et al.*, 2014, p. 18)**

<p>Conductas suicidas</p>
<p><u>Suicidio consumado</u> Un comportamiento autoinfligido que resulta en fatalidad y que está asociado con al menos alguna intención de morir como resultado del acto.</p>
<p><u>Intento de suicidio</u> Un comportamiento potencialmente autoinfligido, asociado con al menos alguna intención de morir, como resultado del acto. Evidencia de que la intención del individuo de suicidarse, al menos hasta cierto punto, puede ser explícita o inferirse de la conducta o circunstancia. Un intento de suicidio puede o no resultar en una lesión real.</p>
<p><u>Actos preparatorios hacia una conducta suicida inminente</u> El individuo toma medidas para lesionarse a sí mismo, pero es detenido por sí mismo o por otros para que no inicien el acto de autolesión antes de que el potencial de daño haya comenzado.</p>
<p><u>Ideación suicida</u> Pensamientos pasivos de querer estar muerto o pensamientos activos de suicidarse, no acompañados de un comportamiento preparatorio.</p>
<p>Conductas autolesivas no suicidas</p>
<p><u>Autolesiones, sin intención de suicidio</u> Comportamiento autoinfligido asociado con la ausencia de intención de morir. El comportamiento está destinado puramente por otras razones, ya sea para aliviar la angustia (a menudo referido como "automutilación", por ejemplo, cortes superficiales o arañazos, golpear o quemar) o para efectuar cambios en otros o el medio ambiente.</p>
<p><u>Otras autolesiones no deliberadas</u> No hay evidencia de ninguna tendencia suicida o conducta deliberada de auto-daño asociada con el evento. El evento se caracteriza como una lesión accidental, síntomas psiquiátricos o de comportamiento solamente, o síntomas médicos o procedimiento solamente.</p>
<p><u>Eventos potencialmente suicidas o indeterminados</u> Comportamiento autoinfligido en el que la intención de morir asociada es desconocida y no puede ser inferida. La lesión o el potencial de lesión es claro, pero no está claro por qué el individuo se involucró en ese comportamiento.</p>
<p><u>Sin suficiente información</u> Insuficiente información para determinar si es suicidio deliberado o ideación. Hay razones para sospechar la posibilidad de suicidio, pero no lo suficiente como para estar seguros de que el evento no fue otra cosa, como un accidente o un síntoma psiquiátrico. Una lesión sufrida en un lugar del cuerpo consistente con una autoagresión deliberada o un comportamiento suicida (por ejemplo, muñecas), sin ninguna información sobre cómo se recibió la lesión, justificaría la colocación en esta categoría.</p>

Un **intento de suicidio interrumpido** implica un acto similar a un intento de suicidio real, excepto que el intento de suicidio no tiene éxito porque alguien lo detiene o interrumpe. Como señalan Posner *et al.* (2014), el comportamiento se detiene antes de que el potencial acto produzca un daño real. Ejemplos listados en el C-SSRS incluyen a alguien que está a punto de ingerir unas pastillas para producir una sobredosis, pero otra persona detiene el comportamiento.

Un **intento de suicidio abortado** (así como un intento auto-interrumpido) ocurre cuando un individuo comienza a tomar pasos hacia un inminente intento de suicidio, pero se detiene antes de que se produzca cualquier daño o existe la posibilidad de que se produzcan daños. Un ejemplo sería alguien con un plan consistente en tomar unas pastillas con intención de suicidarse, que coloca las pastillas en la mano, las lleva hasta la boca, pero finalmente no las mete en la boca. Ambas conductas, el intento de suicidio interrumpido

y abortado han de ser examinados ya que predicen intentos futuros de suicidio.

Los **actos o comportamientos preparatorios** son los siguientes que ocurren en la preparación de un intento de suicidio. Estos comportamientos involucran el establecimiento de los elementos y las condiciones necesarias para la realización del plan de suicidio. Ejemplos son la obtención de los elementos necesarios para llevar a cabo el acto suicida (p. ej., comprar pastillas), escribir una nota de suicidio, o regalar objetos de valor a personas significativas. Las conductas preparatorias para el suicidio son también indicativas de riesgo elevado de intento de suicidio.

Finalmente, también hay que evaluar las autolesiones sin intencionalidad suicida, que se refieren al comportamiento autoinfligido con la intención de producir lesiones, pero sin intención suicida. Los ejemplos incluyen cortarse uno mismo, rascarse costras en la piel para causar sangrado, o quemarse la piel. Las motivaciones que llevan a realizar una autolesión no suicida son variadas, pero incluyen la regulación afectiva, la comunicación de malestar o la expresión de agresividad mediante estos métodos (Calvete *et al.*, 2015).

Las razones que motivan las autolesiones no suicidas son importantes, puesto que su función difiere de la de un intento de suicidio, pero también de **otros comportamientos de riesgo con potencial de daño** que pueden estar motivados por otras razones, tales como la búsqueda de sensaciones o la diversión, aunque tampoco está exenta de riesgo, ya que aumenta la probabilidad a la larga de presentar una conducta suicida en el futuro.

2. ¿Cuándo hablamos de la conducta suicida, es un problema tan prevalente en nuestra sociedad?

Es verdad que la incidencia de muertes por suicidio no es tan incidente como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias o infecciosas. Sin embargo, las muertes por suicidio son normalmente mucho más altas de lo que la gente cree.

Según la OMS, el suicidio se encuentra entre las tres principales causas de muerte no accidental en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2015) y se estima que en el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por esta causa y se multiplicarán por 20 las personas que llevarán a cabo una tentativa suicida (World Health Organization, WHO; 2014). Por tanto, significa que cada 20 segundos hay una muerte por suicidio en el mundo y cada 1-2 segundos un intento de suicidio, o en otros términos, por cada individuo que muere por suicidio, 25 personas intentan suicidarse (World Health Organization (WHO), 2014).

En los últimos 45 años, las muertes por suicidio a nivel mundial, se han incrementado un 60% y, desgraciadamente, la franja de edad que se ha incrementado más ha sido la población adolescente (World Health Organization, 2005), convirtiéndose en la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad en el mundo (World Health Organization, WHO, 2014). Así, la OMS considera la prevención del suicidio como una prioridad de salud pública, especialmente en la juventud y la adolescencia (World Health Organization, 2005).

En muchos países de la Unión Europea, el suicidio es la causa principal de mortalidad en la adolescencia y la juventud. En España, el suicidio es

la primera causa de muerte externa presentando una tasa de 7,7/100.000 habitantes de muertes por suicidio en el 2016, el doble de muertes que por accidentes de tráfico (Instituto Nacional de Estadística, 2018). En los adolescentes, el suicidio ha aumentado casi un 50% desde el año 2004, siendo también la primera causa de mortalidad externa en estas edades (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Al suicidio se suman las autolesiones no suicidas. Aunque las tasas más altas de autolesión se dan en muestras clínicas, los resultados de estudios recientes muestran que son un fenómeno emergente entre los y las más jóvenes. Se trata además de una problemática transdiagnóstica, vinculada a problemas psicológicos muy diversos y que causa también importante sufrimiento y estigma (Mollà *et al.*, 2015).

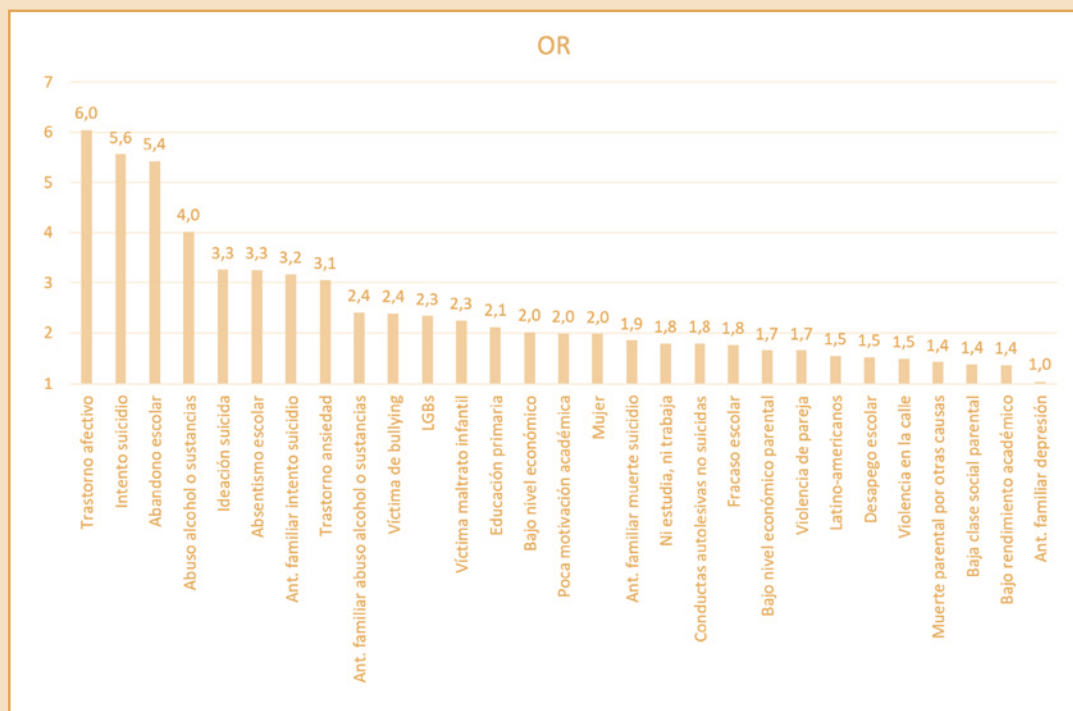
3. ¿Y se conocen los factores que predisponen a tener más riesgo de suicidarse o que protegen del suicidio?

Las causas de la conducta suicida siempre se han considerado como un constructo multifactorial en el que intervienen múltiples factores y existen diversas interacciones entre sus factores de riesgo tanto en adolescentes como en cualquier franja de edad (Franklin *et al.*, 2017). Así, según estos mismos autores existen factores genéticos, biológicos y familiares que predisponen a una persona a sufrir una conducta suicida en determinados momentos de su vida. Esos factores de riesgo pueden ser de tipo personal, haber sufrido algún acontecimiento vital estresante, como ser víctima de algún tipo de maltrato o abuso, algunos factores sociales, académicos o laborales y algunos determinantes socio-económicos.

En una revisión sistemática realizada por nuestro equipo en la que recogimos los factores de riesgo de la conducta suicida en los y las jóvenes y adolescentes y de la que se han publicado diversos artículos científicos en revistas internacionales (Castellví *et al.*, 2017; Castellví, Lucas-Romero *et al.*, 2017; Miranda-Mendizabal *et al.*, 2017; Gili *et al.*, 2018), observamos que los factores que presentaban un mayor riesgo (ordenado de mayor a menor) fueron: tener un trastorno afectivo previo (por ejemplo, un trastorno depresivo mayor), un intento de suicidio previo, haber abandonado la escuela, tener un trastorno relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancias, la ideación suicida previa, el absentismo escolar, tener un antecedente familiar de intento de suicidio, tener un trastorno de ansiedad, tener un trastorno familiar relacionado con el consumo de alcohol o sustancias, ser víctima de maltrato infantil o de acoso escolar, tener un bajo nivel educativo, tener un bajo nivel económico, presentar poca motivación para seguir en la escuela, tener algún padre que se murió por suicidio y los llamados NiNis (ni estudia ni trabaja), entre otros factores (ver Gráfico 1).

Si observamos cada uno de los factores de riesgo identificados, observamos que muchos de ellos son potencialmente prevenibles y que con una identificación temprana y un tratamiento adecuado se podrían reducir sustancialmente el número de casos de suicidio y mejorar la salud de los individuos que están en riesgo.

Gráfico 1. Factores de riesgo del intento de suicidio en la adolescencia y juventud



4. ¿Qué grupos son más vulnerables a presentar una conducta suicida?

Pues parece ser que existen algunos grupos que tienen más riesgo de presentar una conducta suicida. Pero antes explicamos qué se entiende por grupos vulnerables o en situación de vulnerabilidad.

Las personas o grupos en situación de vulnerabilidad son aquellos que por sus características presentan una desventaja por edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, situación o condición física y/o mental, y que requieren de un esfuerzo adicional para incorporarse al desarrollo y a la convivencia. Dentro de este grupo se podrían englobar personas con discapacidades, mujeres, niños, pueblos de minorías étnicas, personas con enfermedades mentales, personas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y/o que han desarrollado el SIDA, trabajadores migrantes, refugiados, personas con diversidad sexual y/o identidad de género o personas encarceladas por delinquir, entre otras muchas minorías. Los grupos en situación de vulnerabilidad o las personas pertenecientes a minorías sociales presentan un mayor riesgo de sufrir problemas o trastornos mentales debido a la situación de desventaja respecto a otros grupos predominantes o a la mayoría social (“*minority stress*”) (Moleiro, 2018). Por ejemplo, los migrantes pueden presentar problemas de aculturación en el país de acogida, además de mayores problemas socio-económicos y mayor privación de sus

necesidades básicas, lo que acarrea una mayor prevalencia de trastornos mentales o conductas suicidas (Bas-Sarmiento *et al.*, 2017). Otros grupos vulnerables, como el colectivo de lesbianas, gais, trans, bisexuales e intersexuales (LGTBI) o las personas con el VIH presentan mayores riesgos de discriminación, estigma y victimización; así, el riesgo de tener un trastorno depresivo mayor o un intento de suicidio en este grupo es casi tres veces mayor en comparación con la población heterosexual o que no son portadoras del VIH (Lucassen *et al.*, 2017; Miranda-Mendizabal *et al.*, 2017). Así mismo, las mujeres están mayormente expuestas a mayores tasas de victimización (Organización Mundial de la Salud, sin fecha) y a un menor acceso al mercado laboral con salarios más bajos respecto a los hombres con igual cualificación.

Respecto a las diferencias de género, se sabe que las mujeres presentan un riesgo dos veces mayor que los hombres de intento de suicidio, aunque los hombres tienen un riesgo más elevado de morir por suicidio. Estas diferencias de género se le ha denominado la “paradoja de género” (Canetto and Sakinofsky, 1998). Según algunos autores, estas diferencias de género respecto a la conducta suicida pueden ser explicadas debido a diferencias emocionales o conductuales (Kaess *et al.*, 2011). En hombres, la muerte por suicidio puede ser explicada por problemas de tipo externalizante, como los trastornos de conducta o el abuso de sustancias (Mergl *et al.*, 2015) y la preferencia de métodos más letales cuando deciden realizar este tipo de conductas (Värnik *et al.*, 2008), en cambio en mujeres son más propensas a sufrir de problemas internalizantes, como los trastornos de ansiedad o de depresión (Fergusson, Horwood and Lynskey, 1993) que probablemente medien entre el género y las conductas suicidas.

Todos estos factores inherentes en nuestra sociedad se perciben como un contexto de vulnerabilidad que acarrea problemas emocionales a los chicos y chicas que los sufren y, consecuentemente, a un mayor riesgo de suicidio en estas minorías.

5. Mitos y creencias sobre el suicidio

Siguiendo a la OMS (World Health Organization, WHO, 2014) existen mitos, creencias que están muy arraigados en nuestra sociedad y que pueden dificultar la lucha para la prevención del suicidio y aumentar la concienciación en la sociedad que permita una atención suficiente como merece el problema.

Así, por ejemplo, frente a la idea de que preguntar sobre suicidio puede incitar a la realización de conductas suicidas, la investigación señala que no es así, y sin embargo es la principal medida de prevención.

Estas ideas irracionales profundamente equivocadas sobre el suicidio son uno de los objetivos de cualquier iniciativa para prevenir el suicidio, puesto que son ideas a superar a nivel social para poder afrontar este problema con la atención necesaria y merecida.

Las principales son las siguientes:

I. Una vez que una persona ha tenido una tentativa de suicidio siempre será un suicida

Esta afirmación contrasta con la evidencia que señala que el riesgo de suicidio elevado suele ser específico situacionalmente y de corta duración. Si bien los pensamientos suicidas pueden volver a presentarse (como en

cualquier persona), no son permanentes, ni crónicos, ni inamovibles, sino que una persona que ha sufrido previamente pensamientos suicidas o intentos puede tener una vida sana y plena de bienestar.

II. Hablar sobre suicidio es una mala idea ya que puede desencadenar más suicidios

Existe un gran estigma asociado al suicidio, por lo que la mayoría de personas que están contemplando el suicidio no saben con quién hablar de ello. Por tanto, más que incentivar o aumentar el riesgo de suicidio, hablar sobre el suicidio de forma abierta y sincera puede ofrecer a la persona la posibilidad de considerar otras opciones o el tiempo para repensar su decisión, por lo que sería la primera medida o acción para prevenir el suicidio.

III. Solo las personas con trastornos mentales manifiestan conductas suicidas o todas las personas que se suicidan están deprimidas

Evidentemente, existe el pensamiento socioculturalmente compartido de que la mayoría de personas que se intentan suicidar o que están pensando sobre ello son personas depresivas o con enfermedades mentales graves. Sin embargo, y a pesar de que las conductas suicidas son indicativas de una profunda infelicidad y malestar psicológico, no necesariamente pueden estar indicando un trastorno mental. Muchas personas que presentan trastornos mentales no están afectadas por conductas suicidas y no todas las personas que se quitan la vida tienen trastornos mentales.

IV. La mayoría de suicidios suceden de forma repentina y brusca sin ningún tipo de aviso o advertencia previa

Lo cierto es que la mayoría de suicidios realizados han sido precedidos por señales de aviso, bien verbales o comportamentales. Sin embargo, también es cierto, que un pequeño porcentaje de suicidios ocurren sin aviso. En cualquier caso, es importante comprender las señales de aviso y estar atentas a ellas para prevenir un desenlace irreversible.

V. La persona que se suicida quiere morir o está determinada a morir.

El hecho es que, por el contrario, las personas con conductas suicidas son con frecuencia ambivalentes en cuanto a la vida y la muerte. De hecho, con frecuencia se da una auténtica batalla interna en términos de razones para vivir y morir e incluso algunas personas tras realizar el intento y sufrir daños importantes, se arrepienten y desean vivir, no logrando sobrevivir en ocasiones.

Por tanto, cabría afirmar que la persona que se suicida quiere dejar de sufrir, lo cual es muy diferente a desear morir. La persona que está sufriendo no suele querer matarse, sino vivir en una situación diferente de la que vive, sin los problemas ni sufrimientos que padece. Esto puede llevarle a la idea irracional de que la muerte es la única forma de superar los problemas. Por tanto, es una persona que necesita ayuda para ver otras alternativas a la solución o, al menos, la disminución de esos problemas.

En consecuencia, abordar el sufrimiento, la angustia y desesperanza deben ser la clave para prevenir la conducta suicida.

VI. La gente que habla sobre suicidio no quiere decir que quiera hacerlo o, dicho de otro modo, quien amenaza con suicidarse nunca se suicida.

Aunque muchas personas entienden esta conducta como una verbalización que puede ser una llamada de atención, una forma de victimizarse, etc., lo

cierto es que las personas que hablar sobre suicidio pueden estar alzando la voz para pedir ayuda y apoyo. Un número significativo de personas con suicidio pueden estar padeciendo ansiedad, depresión o desesperanza y pueden sentir que no hay otra alternativa a su sufrimiento. Por tanto, la primera medida de prevención del suicidio universal es escuchar y preguntar a las personas que manifiestan algún tipo de verbalización sobre suicidio.

Otras ideas relacionadas con las anteriores muy importantes para superar a nivel social las barreras y obstáculos que existen para poder afrontar este problema con la atención necesaria y merecida son las siguientes (Anseán, 2014):

- **Hay muy pocas personas que se suicidan, por lo que no es un problema importante.**

Tan solo hay que atender a los primeros apartados de prevalencia internacional y nacional del suicidio, así como al impacto social y económico para rebatir esta idea.

- **El suicidio no se puede prevenir**

Obviamente es hipotéticamente posible, pero materialmente imposible poder prevenir cualquier problema de salud al 100%. Pero, sobre todo algo no se puede prevenir si no se hace nada para prevenirlo. Es más, la realidad en la actualidad es que es un problema que tiende a ocultarse, se favorece que no se hable de ello y si alguna iniciativa lo plantea no suele ser vista con buenos ojos. Sin embargo, no por ocultarse dejará de existir.

En España, a falta de un plan, programa o estrategia propia a nivel estatal, las experiencias se limitan a iniciativas autonómicas y, sobre todo, locales. Entre las primeras, destacamos el protocolo realizado en Asturias, Castilla y León y Navarra, los planes realizados en Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, y el programa Risc Suïcidi en Cataluña. Entre las segundas, las realizadas en Barcelona, Sabadell y Guipúzcoa (en el marco de la European Alliance Against Depression -EAAD-) y los realizados en Orense, Oviedo y Madrid (véase <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/programas-de-prevencion-espa%C3%B1a-1/>).

En todo caso, a pesar de que sabemos bien que la conducta suicida es como consecuencia de una compleja interacción entre factores predisponentes, precipitantes y protectores, entre la vulnerabilidad individual y los estresores a los que cada individuo se enfrenta a lo largo de la vida o en determinados momentos de ella, no hay que olvidar que cada suicidio, cada persona, es única.

En el apartado 7 se revisan las principales evidencias de la eficacia de intervenciones para prevenir el suicidio.

6. Impacto social y económico del suicidio

Lamentablemente, los intentos de suicidio dan como resultado una carga social y económica significativa para las personas, las familias y las sociedades, debido al uso de los servicios de salud, el impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus allegados y, ocasionalmente, la discapacidad a largo plazo debido a posibles lesiones (World Health Organization, WHO, 2014). Las investigaciones

realizadas a este respecto, advierten de la significativa carga que conlleva el suicidio (Van Spijker *et al.*, 2011; Murray *et al.*, 2012): a escala mundial representa el 1,4% de la carga de morbilidad en años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) (en inglés, DALYs-Disability Adjusted Life Years), y la OMS prevé que en 2020 representará el 2,4% en los países con economía de mercado y en los países del antiguo bloque socialista (a saber, Alemania del Este, Unión Soviética, Checoslovaquia, Bulgaria, Albania, Hungría, Rumania y Polonia).

Además, el suicidio de un adolescente no es sólo una tragedia para él, sino que también representa un gran sufrimiento para su familia y las personas que le rodean. Las consecuencias del suicidio para familiares y amigos de la víctima son tan devastadoras que provocan un trauma en sus vidas, introduciéndoles en un duelo, por regla general, muy traumatizante y prolongado (World Health Organization, WHO, 2014).

El dolor que experimenta una familia tras el suicidio de uno de sus miembros se incrementa hasta niveles casi insoportables. Es entonces cuando las mentes de los sobrevivientes se llenan de fantasmas, de sombras y de dudas. Se buscan explicaciones, se pretende encontrar culpables, no se sabe cómo mitigar una angustia que se muestra invasiva, aturdidora. Las consecuencias del suicidio para la familia son tan devastadoras que provocan serios destrozos en la vida de los sobrevivientes. Algunas de las consecuencias más destacadas son: la tristeza y rabia, los sentimientos de culpabilidad, traición y abandono y el fracaso de rol de padre o madre, entre otros.

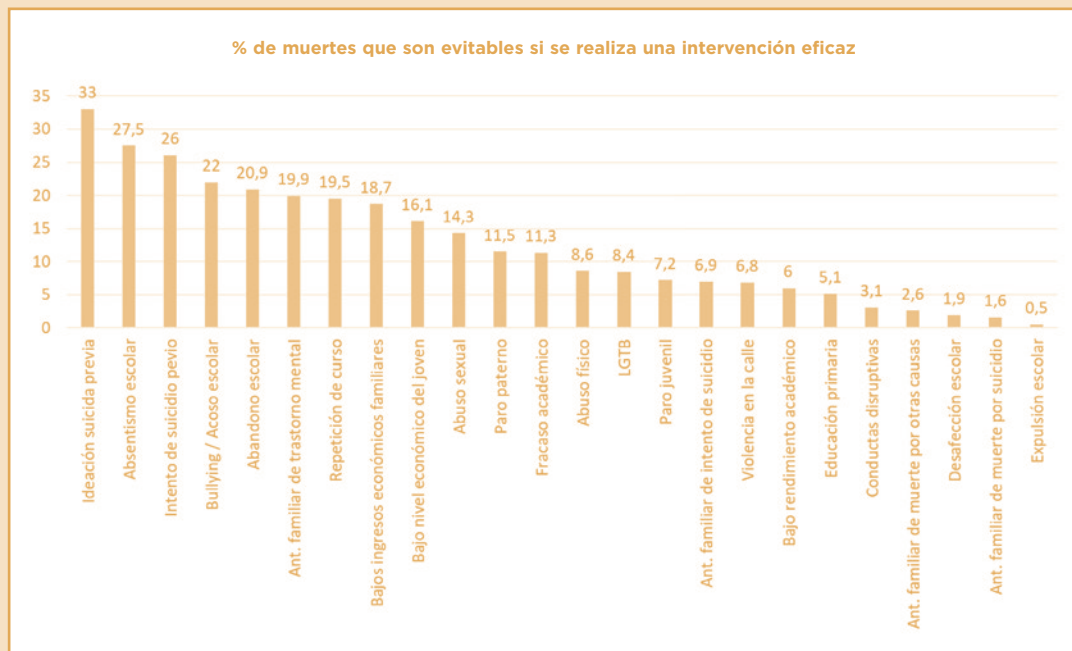
7. Qué se puede hacer para prevenir el suicidio en estas edades

La prevención no es misión exclusiva del sistema sanitario, sino que intervienen muchos más agentes (educativo, familiar, social, entre otros) que deberán ser abordados en los ámbitos correspondientes. Por tanto, existe una corresponsabilidad con la prevención del suicidio que, sin duda, es de obligado cumplimiento entre todos los sectores implicados.

Estudios de revisión meta-analítica recientes sobre factores de riesgo para el suicidio señalan que según el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP) (un indicador que representa la proporción de la incidencia de enfermedad que se evitaría en la población general si se eliminara la exposición al factor de riesgo), si se realiza una intervención 100% eficaz para la ideación suicida, se podría evitar el 33% de suicidios totales en adolescentes, para el abandono escolar un 28%, para los trastornos del estado de ánimo un 26%, para el acoso escolar o *bullying* un 22%, entre otros (Castellví, Lucas-Romero *et al.*, 2017; Castellví, Miranda-Mendizábal *et al.*, 2017), datos nada desdeñables. Para más información ver Gráfico 2.

No obstante, aun contando con recomendaciones tan actuales e interesantes como las que se refieren al RAP, existe una considerable falta de comprensión en general de los mecanismos causales que subyacen a los pensamientos y conductas suicidas, y es notable la escasez de estrategias efectivas y rigurosamente evaluadas de tratamiento y prevención del suicidio (Nock *et al.*, 2008). Este es un hecho que pone de manifiesto la imperiosa necesidad de emprender planes preventivos contra el mismo.

Gráfico 2. Riesgo poblacional atribuible para los factores de riesgo de intento de suicidio en adolescentes y jóvenes



Precisamente, la Comisión Europea en su Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (Schefflein, 2011), la OMS (World Health Organization WHO, 2018), la Sociedad Británica de Psicología o la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA-European Federation of Psychologists Association) coinciden en señalar varios puntos comunes respecto al suicidio:

1. que la prevención del suicidio debe ser un área de actuación prioritaria,
2. que se debe superar una serie de barreras tales como la falta de sensibilización y el tabú y el estigma alrededor de este problema,
3. que es un problema prevenible, ya que la estrategia de identificación temprana de pensamientos y conductas suicidas y la atención y cuidado eficaz de quienes están en riesgo con claves para garantizar la prevención del suicidio,
4. que los enfoques psicológicos o psicosociales juegan un papel muy importante, ya que la comunicación y las relaciones interpersonales forman parte central de la prevención, y estas son herramientas esencialmente psicológicas.

En cuanto a la evidencia existente sobre la eficacia de actuaciones de prevención del suicidio una primera cuestión es clarificar que tipos de prevención hay y hacia quien ha ido dirigida.

Existen actualmente diversas clasificaciones y diferenciaciones en los programas de prevención. Una de las más aceptadas es la que realiza la

OMS en su Glosario sobre Promoción de la Salud (1998), según el cual la prevención puede ser primaria si está dirigida a evitar la adquisición e incidencia de una enfermedad en población general sana, secundaria para detectar y frenar la evolución y prevalencia de una enfermedad en estadios precoces, y terciaria orientada al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad para reducir la invalidez funcional de las personas. Según la clasificación de Mrazek and Haggerty (1994), podemos subdividir la prevención en tres tipos: universal si está dirigida a una población general, selectiva si se dirige a un subgrupo de la población que tiene un riesgo mayor que el promedio de contraer una enfermedad, o indicada si está centrada en aquellas personas de alto riesgo a las que se le han detectado síntomas o signos que pronostican o predisponen a contraer una enfermedad. Asimismo, Katz y colaboradores, en una revisión reciente sobre el suicidio (Katz *et al.*, 2013), distinguen cinco tipos diferentes de prevención: (i) programas de educación o toma de conciencia del problema; (ii) entrenamiento a *gatekeepers* (principalmente profesores y personal de la escuela); (iii) entrenamiento de liderazgo entre compañeros; (iv) programas de entrenamiento en habilidades, y (v) programas de detección y evaluación de sujetos en riesgo. Por tanto, los programas de prevención se pueden agrupar en estudios de prevención directa, dirigidos a los niños y adolescentes; y prevención indirecta, o dirigidos al entrenamiento de personal adulto de los colegios o familiares para la detección de señales de ideación suicida.

Cabe destacar un estudio reciente titulado “Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review” (Zalsman *et al.*, 2016) que indica que en los últimos 10 años se han desarrollado una serie de actuaciones preventivas, llegando a la conclusión que no existe una estrategia única que claramente supere a las demás, sino que es la combinación de estrategias basadas en la evidencia centradas en el individuo y las centradas en los colectivos las que deberían considerarse y evaluarse en el futuro.

Estas revisiones señalan que la mayoría de estudios que realizan programas de prevención del suicidio en niños y adolescentes, incluyen psicoeducación para reducir el estigma y aumentar los conocimientos generales sobre el suicidio, y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, búsqueda de ayuda y resolución e problemas para reducir el estrés y los factores de riesgo del suicidio. Además, la mayoría de programas se realizan en la escuela, que es un lugar clave para su implementación y recalcan la importancia de incluir a los padres en el proceso de tratamiento (Katz *et al.*, 2013; Zalsman *et al.*, 2016).

Sin embargo, a pesar de todo lo anterior, no son muchos los países que ciertamente toman un compromiso activo para desarrollar actividades preventivas contra el suicidio (World Health Organization, 2012). De hecho, la OMS estima que actualmente sólo unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades sanitarias, y únicamente 28 han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio.

Así, mientras que a nivel europeo se han realizado diversos programas de prevención de la conducta suicida –tales como la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD-European Alliance Against Depression), OSPI-Europe (Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe), PREDI-NU (Preventing Depression and Improving Awareness

through Networking in the EU), o EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide), entre otros-, en España, hay todavía una escasa implementación de programas de tipo preventivo, encontrándonos, en el momento actual muy por debajo del nivel de otros países europeos con desarrollo similar. Contrario a lo esperado, actualmente no existe un plan nacional de prevención como tal, si bien es cierto que algunas de sus comunidades están llevando a cabo programas aislados de prevención (Rejón, 2015).

Formar a los profesionales para la detección de las señales de advertencia, bloquear el acceso a los medios para suicidarse, la intervención temprana de los trastornos mentales asociados (como la depresión o el alcoholismo) o sensibilizar a la población sobre el problema para reducir el estigma son, según la OMS (World Health Organization, 2012), algunas de las principales medidas de prevención del suicidio a implementar a nivel global.

Cabe destacar que queda mucho por hacer y éste y otros trabajos recientes pueden servir como pistoletazo de salida para el anunciado y altamente demandado Plan Nacional contra el Suicidio.

Agradecimientos: El trabajo ha sido financiado por el proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (MINECO) con número de referencia PSI-2017-88280-R, el proyecto de investigación PI13/00343 del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto Carlos III y el proyecto "Trastorno por uso de alcohol y otras sustancias en estudiantes universitarios: factores de riesgo, incidencia, e impacto en la cohorte «Universal-Universidad y Salud Mental»" del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. También ha sido apoyado por la Red PROEMA "Promoción de la salud mental emocional en adolescentes" otorgada por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades (PSI2017-90650-REDT), así como los Fondos FEDER y la Agencia Estatal de Investigación.

Referencias bibliográficas

- Anseán, A.** (2014). "Suicidios: Las Muertes Invisibles. Propuesta para una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS", en Anseán, A. (ed.) *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, pp. 27-34.
- Bas-Sarmiento, P.; Saucedo-Moreno, M. J.; Fernández-Gutiérrez, M., y Poza-Méndez, M.** (2017). "Mental Health in Immigrants Versus Native Population: A Systematic Review of the Literature", *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), pp. 111-121.
- Calvete, E.; Orue, I.; Aizpuru, L., y Brotherton, H.** (2015). "Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents". *Psicothema*, 27(3), pp. 223-228.
- Canetto, S. S., y Sakinofsky, I.** (1998). "The gender paradox in suicide", *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28(1), pp. 1-23.
- Castellví, P.; Miranda-Mendizábal, A.; Parés-Badell, O.; Almenara, J.; Alonso, I.; Blasco, M. J.; Cebrià, A.; Gabilondo, A.; Gili, M.; Lagares, C.; Piqeras, J. A.; Roca, M.; Rodríguez-Marín, J.; Rodríguez-Jiménez, T.; Soto-Sanz, V., y Alonso, J.** (2017). "Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(3), pp. 195-211.
- Castellví, P.; Lucas-Romero, E.; Miranda-Mendizábal, A.; Parés-Badell, O.; Almenara, J.; Alonso, I.; Blasco, M. J.; Cebrià, A.; Gabilondo, A.; Gili, M.; Lagares, C.; Piqeras, J. A.; Roca, M.; Rodríguez-Marín, J.; Soto-Sanz, V., y Alonso, J.** (2017). "Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis", *Journal of Affective Disorders*, 215, pp. 37-48.

- Fergusson, D.; Horwood, J., y Lynskey, M.** (1993). "Prevalence and Comorbidity of DSM-III-R Diagnoses in a Birth Cohort of 15 Year Olds", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), pp. 1127-1134.
- Franklin, J. C.; Ribeiro, J. D.; Fox, K. R.; Bentley, K. H.; Kleiman, E. M.; Huang, X.; Musacchio, K. M.; Jaroszewski, A. C.; Chang, B. P., y Nock, M. K.** (2017). "Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research", *Psychological Bulletin*, 143(2), pp. 187-232.
- Gili, M.; Castellví, P.; Vives, M.; De la Torre-Luque, A.; Almenara, J.; Blasco, M. J.; Cebrià, A.; Gabilondo, A.; Pérez-Ara, M. A.; Miranda-Mendizábal, A.; Lagares, C.; Parés-Badell, O.; Piqueras, J. A.; Rodríguez-Jiménez, T.; Rodríguez-Marín, J.; Soto-Sanz, V.; Alonso, J. y Roca, M.** (2018). "Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies", *Journal Of Affective Disorders*, 245, pp. 152-162.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida** (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Instituto Nacional de Estadística** (2018). *Instituto Nacional de Estadística (INE)*. Madrid: INE.
- Interian, A.; Chesin, M.; Kline, A.; Miller, R.; St. Hill, L.; Latorre, M.; Shcherbakov, A.; King, A., y Stanley, B.** (2018). "Use of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to Classify Suicidal Behaviors", *Archives of Suicide Research*, 22(2), pp. 278-294.
- Kaess, M.; Parzer, P.; Haffner, J.; Steen, R.; Roos, J.; Klett, M.; Brunner, R., y Resch, F.** (2011). "Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study", *BMC Public Health*, 11, p. 597.
- Katz, C.; Bolton, S. L.; Katz, L. Y.; Isaak, C.; Tilston-Jones, T.; Sareen, J., y Swampy Cree Suicide Prevention Team** (2013). "A systematic review of school-based suicide prevention programs", *Depression and Anxiety*, 30(10), pp. 1030-1045.
- Lucassen, M. F.; Stasiak, K.; Samra, R.; Frampton, C. M., y Merry, S. N.** (2017). "Sexual minority youth and depressive symptoms or depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of population-based studies", *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(8), pp. 774-787.
- Mergl, R.; Koburger, N.; Heinrichs, K.; Székely, A.; Tóth, M. D.; Coyne, J.; Quintao, S.; Värnik, A.; Arensman, E.; Coffey, C.; Maxwell, M.; Värnik, A.; Van Audenhove, C.; McDavid, D.; Sarchiapone, M.; Schmidtke, A.; Genz, A.; Gusmão, R., y Hegerl, R.** (2015). "What Are Reasons for the Large Gender Differences in the Lethality of Suicidal Acts? An Epidemiological Analysis in Four European Countries", *PLoS ONE*, 10(7), pp. 1-18.
- Miranda-Mendizábal, A.; Castellví, P.; Parés-Badell, O.; Almenara, J.; Alonso, I.; Blasco, M. J.; Cebrià, A.; Gabilondo, A.; Gili, M.; Lagares, C.; Piqueras, J. A.; Roca, M.; Rodríguez-Marín, J.; Soto-Sanz, V.; Vilagut, G., y Alonso, J.** (2017). "Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis", *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), pp. 77-87.
- Moleiro, C.** (2018). "Culture and Psychopathology: New Perspectives on Research, Practice, and Clinical Training in a Globalized World", *Frontiers in Psychiatry*, 9(August), p. 366.
- Mollá, L.; Vila, S. B.; Treen, D.; López, J.; Sanz, N.; Martín, L. M.; Pérez, V., y Bulbena, A.** (2015). "Autolesiones no suicidas en adolescentes: Revisión de los tratamientos psicológicos", *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), pp. 51-61.
- Mrazek, P., y Haggerty, R.** (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Murray, C. J. L., et al.** (2012). "Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", *The Lancet*, 380(9859), pp. 2197-2223.
- Nock, M. K., et al.** (2008). "Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts", *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Organización Mundial de la Salud** (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud** (no date). *Violencia contra la mujer. Respuesta del sector de la salud*. Ginebra: OMS.
- Posner, K.; Brown, G. K.; Stanley, B.; Brent, D. A.; Yershova, K. V.; Oquendo, M. A.; Currier, G. M.; Melvin, G. A.; Greenhill, L.; Shen, S., y Mann, J. J.** (2011). "The Columbia-Suicide Severity Rating Scale:

Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults", *American Journal of Psychiatry*, 168(12), pp. 1266-1277.

Posner, K.; Oquendo, M. A.; Gould, M.; Stanley, B., y Davies, M. (2007). "Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants", *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035-1043.

Posner, K.; Brodsky, B.; Yershova, K.; Buchanan, J., y Mann, J. (2014). "The classification of suicidal behavior", en **Nock, M. K.** (ed.) *The Oxford handbook of suicide and self-injury*, pp. 7-22.

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica et al. (2018). 'Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica', p. 137. doi: [10.1007/s00586-014-3310-2](https://doi.org/10.1007/s00586-014-3310-2)

Rejón, R. (2015). *España ignora a la OMS y sigue sin plan nacional para atajar los suicidios, que suben un 10%*, *eldiario.es*. Disponible en: http://www.eldiario.es/sociedad/Espana-nacional-prevencion-crecer-suicidio_0_428707822.html (accedido: 1 febrero 2019).

Scheftlein, J. (2011). "The European Pact for Mental Health and Well-being", *Psychiatrische Praxis*, 38(S01), K02.

Van Spijker, B. A. J.; Van Straten, A.; Kerkhof, A. J.; Hoeymans, N., y Smit (2011). 'Disability weights for suicidal thoughts and non-fatal suicide attempts', *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 341-347.

Värnik, A.; Kõlves, K.; Van der Feltz-Cornelis, C. M.; Marusic, A.; Oskarsson, H.; Palmer, A.; Reisch, T.; Scheerder, G.; Arensman, E.; Aromaa, E.; Giupponi, G.; Gusmao, R.; Maxwell, M.; Pull, C.; Szekeley, A.; Pérez-Sola, V., y Hegerl, U. (2008). "Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(6), pp. 545-551.

World Health Organization (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions*. Ginebra: WHO.

World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide*. Ginebra: WHO.

World Health Organization (WHO) (2014a). *Preventing suicide: a global imperative*, *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. Ginebra: WHO.

World Health Organization (WHO) (2018). *Suicide*, *World Health Organization*. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (accedido: 1 febrero de 2019).

Zalsman, G.; Hawton, K.; Wasserman, D.; Van Heeringen, K.; Arensman, E.; Sarchiapone, M.; Carli, V.; Hoschl, C.; Barzilay, R.; Balazs, J.; Purebl, G.; Kahn, J. P.; Sáiz, P. A.; Lipsicas, C. B.; Bobes, J.; Cozman, D.; Hegerl, U., y Zohar, J. (2016). 'Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review', *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.