

1. Conducta suicida

SUICIDAL BEHAVIOR

Laura García Sigler

Médico Interno Residente de Psiquiatría en el Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva).

RESUMEN

El suicidio es, actualmente, un tema de gran importancia y sensibilidad que requiere un enfoque multidisciplinario y un estudio exhaustivo y cuidadoso. A día de hoy, el suicidio se ha convertido en una de las principales causas de fallecimiento a nivel mundial, especialmente entre la población joven, lo que ha generado una alarma social significativa y ha llevado a numerosos estudios e investigaciones sobre este tema.

Dada su alta prevalencia y sus devastadoras consecuencias, es fundamental investigar y comprender los diversos factores que influyen en el suicidio, como son los trastornos mentales, el abuso de sustancias, las situaciones traumáticas y la falta de apoyo social. Resulta esencial explorar los factores de riesgo para este tipo de conductas para poder establecer estrategias de prevención y tratamiento más efectivas, así como mejorar el acceso a servicios de apoyo y tratamiento para las personas en riesgo.

Aunque se han desarrollado escalas e investigaciones que facilitan su estudio, aún no contamos con herramientas que posean la suficiente evidencia y objetividad como para ser incorporadas de forma rutinaria en la práctica clínica habitual. Por lo tanto, es crucial profundizar en todos los factores que influyen en la génesis del suicidio, así como en su manejo desde diferentes ámbitos sanitarios.

El estudio del suicidio requiere un enfoque multidisciplinario y riguroso debido a su importancia y complejidad. Es necesario continuar investigando para establecer estrategias más efectivas y de forma más generalizada. Solo a través de un enfoque integral y una investigación continua podremos abordar adecuadamente este grave problema de salud pública.

Palabras clave: Suicidio, prevalencia, factores de riesgo, escalas, manejo.

ABSTRACT

Suicide is a topic of great importance and sensitivity that requires a multidisciplinary approach and a thorough and careful study. Nowadays, suicide has become one of the leading

causes of death worldwide, especially among the younger population, which has generated significant social alarm and has led to numerous studies and research on this topic.

Given its high prevalence and devastating consequences, it is essential to investigate and understand the various risk factors associated with suicide, such as mental disorders, substance abuse, traumatic situations, and lack of social support. Additionally, it is essential to explore the most effective prevention and treatment strategies, as well as improve access to support and treatment services for at-risk individuals.

Although we have developed tools and scales that facilitate the study of suicide, we still do not have tools that possess sufficient evidence and objectivity to be incorporated into regular clinical practice. Therefore, it is crucial to delve into all the factors that influence the genesis of suicide, as well as its management from different healthcare fields.

In summary, the study of suicide requires a multidisciplinary and rigorous approach due to its importance and complexity. It is necessary to investigate the risk factors, develop more objective and effective tools, and improve prevention and treatment services. Only through a comprehensive approach and continuous research can we adequately address this serious public health problem.

Keywords: *Suicide, prevalence, risk factors, scales, management.*

INTRODUCCIÓN

Las conductas suicidas constituyen un fenómeno complejo y multifacético que ha sido objeto de interés a nivel mundial debido a sus devastadoras consecuencias.

Este fenómeno, que tiene como intención poner fin a la propia vida, afecta a individuos de diversas edades, géneros, clases sociales y culturas. Por ello, el estudio y la comprensión de las conductas suicidas implica analizar los diversos factores y elementos que facilitan su desarrollo para, de ese modo, poder implementar estrategias efectivas de prevención e intervención.

Las estadísticas mundiales revelan la importante magnitud del problema, con millones de personas en riesgo de ideación, intentos y, finalmente, consumación de suicidio. Aunque las tasas varían según regiones y grupos demográficos, actualmente el suicidio representa una de las principales causas de muerte a nivel global, exigiendo por ello una atención especializada y una acción coordinada.¹

El suicidio es considerado una urgencia vital que implica, de algún modo, un deterioro en términos de salud, así como en una disminución o debilitamiento de las relaciones sociales y/o afectivas. En la toma de decisiones de una persona que lleva a cabo una conducta suicida, existen tres componentes fundamentales:¹

a. *A nivel emocional, se experimenta un sufrimiento o desbordamiento intenso.*

- b. *A nivel conductual*, existe una falta de recursos psicológicos para afrontar la situación.
- c. *A nivel cognitivo*, se experimenta una profunda desesperanza ante la visión del futuro, unida a una percepción de que la muerte es la única salida frente a la situación.

Los servicios de urgencias pueden ser el primer punto de contacto para personas con problemas de salud mental y comportamientos suicidas, por lo tanto, desempeñan un papel crucial en la prevención, detección y manejo del suicidio. Actualmente representan una urgencia de gran magnitud y por ello resulta conveniente que estos servicios estén dotados de la formación y medios adecuados para su correcta atención.²

Por lo tanto, es esencial que los servicios de urgencias cuenten con personal formado y capacitado en la evaluación y manejo de estos pacientes, y que los demás servicios estén también provistos de suficientes recursos para el seguimiento ambulatorio posterior al alta. Además, se recomienda el uso de protocolos de evaluación de riesgo y la implementación de intervenciones breves, efectivas y viables para mejorar la atención médica a estos pacientes.²

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Las conductas suicidas han acompañado a la humanidad desde tiempos ancestrales, y su interpretación ha variado a lo largo de la historia, adquiriendo diferentes connotaciones según las diversas épocas y culturas.³

En las diferentes civilizaciones, se le han atribuido numerosos significados filosóficos y antropológicos, desde ser considerado como algo aberrante y antinatural hasta ser visto como la máxima expresión de la libertad humana. Por otro lado, también se ha asociado con actos heroicos, patrióticos y una manera honorable de enfrentar una muerte indigna ante la desgracia, la derrota o el deshonor.⁴

El término "*suicidio*", de origen latino "*sui*" (uno mismo) y "*cidium*" (matar), fue acuñado por primera vez por Desfontaines en el siglo XVIII. Sin embargo, el fenómeno del suicidio tiene raíces mucho más antiguas y ha estado influenciado por distintas culturas y estructuras socioeconómicas a lo largo del tiempo.⁴

Se trata de un fenómeno complejo que ha intrigado a filósofos, teólogos, médicos, sociólogos y artistas a lo largo de los siglos. Con el auge y la expansión de las escuelas filosóficas se produjeron modificaciones en la cultura sobre la vida, la muerte y el suicidio. De esta manera, para algunas corrientes la muerte voluntaria se consideraba como un problema relacionado principalmente con la libertad humana. Así, grandes filósofos como Séneca y Sócrates, se mostraban partidarios del suicidio; mientras que otros como Pitágoras, Platón y Aristóteles lo rechazaban y proporcionaban argumentos en contra de este.⁵

En la antigüedad, en algunos países asiáticos como China y Japón y ciertos países europeos el suicidio no solo era común, sino que en muchos casos se consideraba como un acto honorable. Sin embargo, sería entre los siglos IV y V cuando la Iglesia comenzaría a castigar a quienes trataban de llevar a cabo este acto.⁶

La cultura cristiana, si bien es cierto que inicialmente adoptó una actitud permisiva y tolerante con el suicidio, sería a partir del siglo IV cuando comenzó a ser intransigente, culminando con los decretos de San Agustín y sentenciando que cualquier forma de suicidio estaría en contra de la ley natural.⁵

A partir de los siglos XVII y XVIII se comienza a adoptar una visión algo menos punitiva sobre el suicidio:

En Inglaterra, el término comenzará a emplearse con mayor frecuencia alrededor del siglo XVII, posiblemente a partir de su uso por el médico inglés Thomas Browne, quien a través de su obra "*Religio Medici*", asoció el neologismo "*suicidium*" con el término "*self killing*". Además, en 1653 la palabra "*suicide*" por se recoge por primera vez en el "*Oxford English Dictionary*".⁴

Por otro lado, su uso en Francia se sitúa a mediados del siglo XVIII y es atribuido a Prévost alrededor del año 1734 y a Desfontaines en 1752. Mientras tanto, parece que en España habría que esperar hasta 1772, apareciendo el término por primera vez en la obra del fray Fernando de Ceballos "*La falsa filosofía y el ateísmo*".⁴

En el 1820, el médico francés Jean Pierre Falret consideró el suicidio como el posible resultado de un trastorno mental. En la misma línea, en 1838 Esquirol hizo referencia al suicidio como el resultado de una crisis o trastorno de tipo afectivo.⁶

A finales del siglo XIX, Émile Durkheim y Henry Morselli introducen algunas teorías sobre el suicidio y algunos de los factores relacionados con el mismo, siendo cruciales para el desarrollo de algunos estudios posteriores. El sociólogo E. Durkheim es conocido por su obra pionera "*El Suicidio*" (1897), donde desarrolló una teoría sociológica del mismo. Clasificó el suicidio en tres categorías: Egoísta, altruista y anómico, introduciendo así el análisis social del fenómeno.⁶

A lo largo del siglo XX, se realizaron avances en la comprensión del suicidio desde enfoques psicológicos y psiquiátricos. Autores como Karl Menninger exploraron y estudiaron las dimensiones psicológicas del mismo.

También cabe destacar la influencia de la literatura en cuanto a la concepción del suicidio. Así, por ejemplo, en épocas como el romanticismo, este acto estuvo bien considerado cuando se llevaba a cabo por amor. Esto se observa en obras como "*Las penas del joven Werther*", de Johann Wolfgang von Goethe, cuyo protagonista se quita la vida por un amor no correspondido. Esta novela supuso un gran éxito a nivel mundial y tuvo tal repercusión que provocó un aumento alarmante de los suicidios en la época. Algo similar sucedió en España con el caso del poeta Manuel Acuña, que al quitarse la vida por su amada, romantizó, de alguna forma, la muerte autoinfligida.⁷

Y es que una de las consecuencias de la conducta suicida es la imitación; un fenómeno que se encargó de estudiar el sociólogo estadounidense David Phillips y al que denominó "*el efecto Werther*".⁷

La evolución y los cambios acerca de la concepción del suicidio, reflejan la complejidad y la diversidad de factores que influyen en este fenómeno.

TERMINOLOGÍA

La falta de consenso en la clasificación y terminología de los conceptos relacionados con el suicidio representa una barrera significativa para el avance de la investigación y prevención del mismo. Hasta el día de hoy, no existe pleno acuerdo sobre los términos y fundamentos conceptuales que definen el fenómeno del suicidio.⁸

El suicidio se considera un evento universal que presenta diversas concepciones culturales, sociales y políticas. En términos generales, se define como el acto en el cual una persona provoca voluntariamente su propia muerte. Según Durkheim, "*Se considera suicidio todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto llevado a cabo por la propia víctima, a pesar de conocer el resultado de este acto*".⁹

Como hemos mencionado anteriormente, la palabra "*suicidio*" proviene de la combinación de dos términos latinos: "*Sui*", que significa "*uno mismo*"; y "*caedere*", que significa "*matar*". Desde sus orígenes, esta palabra ha tenido una connotación negativa, ya que se asocia con actos reprobables y punibles, similares al homicidio, parricidio o magnicidio. Como menciona Ramón Andrés, la transformación de la "*muerte voluntaria*" en suicidio marca un cambio ideológico significativo.⁴

La terminología relacionada con el suicidio puede resultar compleja, y es importante entenderla de manera precisa. Aunque se ha venido usando el término "*suicidalidad*" como una palabra genérica que engloba los pensamientos relacionados con el suicidio, algunas fuentes consideran que es inexacto, ya que los pensamientos y los actos suicidas difieren en su ocurrencia, factores asociados, consecuencias e intervenciones necesarias. Es por eso que se sugiere utilizar los términos "*pensamientos suicidas*" y "*conductas suicidas*" de manera independiente y diferenciada.⁸

De igual forma, la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* también ha señalado la dificultad de definir el suicidio y la necesidad de llegar a un consenso en su definición, hallando precisamente la dificultad en lo que se refiere a la intencionalidad del acto.⁴

Por ello, llegados a este punto, resulta conveniente establecer y diferenciar los diversos términos relacionados con el suicidio y conductas suicidas:^{10, 11}

- a. *Suicidio*: Acto de quitarse la propia vida de manera intencionada.
- b. *Ideación Suicida*: Pensamientos recurrentes sobre la propia muerte y sobre la posibilidad de llevar a cabo el acto suicida, pudiendo variar en intensidad y claridad.
- c. *Intento de Suicidio*: Acto llevado a cabo con la intención de quitarse la vida, que finalmente no resulta en la muerte.
- d. *Riesgo Suicida*: Probabilidad de que una persona pueda cometer el suicidio, generalmente valorado por profesionales de la salud mental.

e. *Amenaza suicida*: Es la exteriorización (verbal o no verbal) que refleja la posibilidad de acometer una conducta suicida de forma inminente, pudiendo ser esta amenaza manifestada con diferentes connotaciones e intencionalidades (por ejemplo: Verdadera intencionalidad suicida, manipulaciones, ganancias secundarias, etc.).⁹

f. *Suicidio Asistido y Eutanasia*: Acciones dirigidas a la ayuda o asistencia de dejar a alguien morir, ya sea por su propia mano (suicidio asistido) o por la intervención de otra persona (eutanasia).¹¹

En el proceso de evaluación, los profesionales de la salud a menudo analizan si una persona tiene pensamientos suicidas para descartar cualquier riesgo de que estos pensamientos trasciendan y la persona pueda intentar quitarse la vida. Sin embargo, es importante comprender que estos pensamientos no son siempre consistentes. De hecho, pueden variar en su gravedad e intensidad, desde sentir el deseo de no seguir viviendo (ideas pasivas de muerte) hasta tener pensamientos específicos y planificados sobre cómo terminar con la propia vida (ideación suicida activa). Debido a que la probabilidad de un comportamiento suicida puede depender de la gravedad de estos pensamientos, se ha dado mayor importancia a evaluar la presencia de la ideación activa.¹²

La distinción entre la concepción de pensamientos suicidas, tanto pasivos como activos, ha sido incorporada de manera exitosa en sistemas de clasificación, escalas psicométricas y múltiples investigaciones recientes, lo que resalta su importancia en términos epidemiológicos y clínicos, así como su pertinencia actual. Es fundamental considerar la diferencia entre la "*voluntad de morir*" y la "*voluntad de actuar*": Si bien la primera se considera un requisito necesario para el suicidio, la intención de actuar, generalmente, suele indicar la existencia de pensamientos suicidas más estructurados y determinados y, por ende, más alarmantes.⁸

EPIDEMIOLOGÍA

En nuestros días, el suicidio es considerado como un grave problema de salud pública, prevenible en gran parte. Se estima que casi la mitad de todas las muertes producidas por causas violentas se relacionan con el suicidio, produciéndose más muertes por esta causa que por la suma de homicidios y guerras.¹³

Según datos de la *Organización Mundial de la Salud*, aproximadamente un millón de personas se suicidan cada año en todo el mundo. Esto significa que la tasa de mortalidad anual por suicidio es de 14,5 personas por cada 100.000 habitantes.¹³

En los países desarrollados, el suicidio ocupa el segundo o tercer puesto como causa de muerte entre jóvenes y adolescentes, y se encuentra en el puesto número 13^a para todas las edades. A nivel global, representa aproximadamente el 1,4% de la carga de morbilidad en el mundo. 13

Cada año un total de entre 800.000 personas y 1.000.000 de personas terminan con su propia vida, traduciéndose en una muerte cada 40 segundos. Además, teniendo en

consideración que estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que pueden llegar a ser hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado.¹³

Asimismo, se estima que por cada individuo que decide quitarse la vida, entre 6 y 10 personas de su entorno, como amigos y familiares, se verán afectadas de manera directa o indirecta a lo largo de su vida. Esto significa que el impacto emocional y psicológico de un suicidio se extiende mucho más allá de la persona que lo comete y afecta profundamente a aquellos que quedan atrás. Estas personas tienen que lidiar con el dolor de la pérdida y pueden experimentar una variedad de sentimientos y desafíos a largo plazo como consecuencia.¹³

Cabe destacar que las tasas de mortalidad por suicidio a nivel mundial, según la OMS, muestran un patrón territorial. Las más elevadas se encuentran en Europa del Este y el Pacífico Oriental. Por otro lado, Latinoamérica se presenta como una de las regiones con menor índice, junto a los países musulmanes y algunos de los asiáticos.¹³

En Estados Unidos, durante el período comprendido entre 1993 y 2008, se registró una tasa media anual de visitas a servicios de urgencias por intento de suicidio de 150 por cada 100.000 personas. En España, no existen registros confiables ni oficiales debido a las dificultades metodológicas asociadas con la heterogeneidad de los pacientes y las limitaciones en los sistemas de información para su adecuado registro. No obstante, según un estudio de población realizado en España entre 2001 y 2002, se estima una prevalencia alrededor del 1,5%. Otro estudio realizado en 2008 encontró una tasa de 255 intentos de suicidio al año por cada 100.000 habitantes, sin incluir aquellos que no buscaron atención médica, lo que indica que probablemente esta cifra esté infraestimada.²

En nuestro país, según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el suicidio ha sido la principal causa de fallecimiento por causas no naturales desde 2008 hasta ahora, superando incluso a las muertes por accidentes viales.³

Si bien es cierto que España solía tener una de las tasas de suicidio más bajas de Europa, en los últimos años, junto con Irlanda, ha experimentado uno de los mayores aumentos. Este es más notorio en hombres que en mujeres, y los factores sociales, especialmente relacionados con los roles de género y los cambios en ellos, son las explicaciones más plausibles. Además, otra posible explicación sobre este aumento entre los hombres jóvenes podría ser la epidemia de VIH/SIDA relacionada con el uso de drogas por vía parenteral que ocurrió en España en las décadas de los ochenta y noventa.³

En la actualidad, el suicidio es el protagonista de la mortalidad por causas violentas, superando incluso a las producidas por homicidios y guerras y equiparándose a las causadas por accidentes de tráfico. Estos datos también se reflejan en nuestro país; según datos oficiales, en España en el año 2007 murieron 3,263 personas por suicidio, mientras que 3,811 personas fallecieron por accidentes de tráfico.³

En las últimas décadas, se ha incrementado considerablemente el conocimiento sobre el comportamiento suicida.

La investigación ha revelado la importancia de la interacción entre diversos factores, como los biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales, señalando como un factor desencadenante habitual las condiciones económicas desfavorables.⁶

Además, la epidemiología ha contribuido a identificar los factores de riesgo y protección contra el suicidio tanto en la población general como en grupos vulnerables. Este avance ha permitido comprender mejor las circunstancias y los factores que pueden influir en el comportamiento suicida, facilitando así la implementación de estrategias de prevención más efectivas.⁶

SUICIDIO Y EDAD

Aunque el suicidio ocurre con frecuencia en edades intermedias de la vida, actualmente se pueden identificar dos etapas en las que se concentran las tasas más altas: La adolescencia/juventud temprana, que representa el 25% del total de suicidios consumados, y la vejez.¹

A medida que las personas envejecen, la proporción entre intentos de suicidio y suicidios consumados disminuye lo que significa que, en este rango etario, muchos de los intentos de suicidio llegan finalmente a consumarse, recalcando este hecho la gravedad de los intentos de suicidio en estas etapas de la vida.¹

En el caso de los adolescentes y jóvenes, los factores desencadenantes más comunes de los intentos de suicidio o suicidios consumados son los siguientes:¹

- *A nivel clínico:* El consumo de alcohol u otros tóxicos y la aparición de enfermedades mentales tales como depresión o brotes psicóticos.
- *A nivel ambiental:* Un entorno social y/o familiar dañado u hostil, decepciones amorosas (con emociones más intensas en estas edades), una orientación sexual no aceptada y acoso o fracaso a nivel escolar.
- *A nivel psicológico:* La presencia de ciertos rasgos o particularidades relacionadas con la personalidad del individuo como elevada impulsividad, dependencia o inestabilidad emocional intensa, autoestima baja, etc.

En resumen, el suicidio sucede, en la mayoría de los casos, en personas jóvenes con personalidades como las descritas con anterioridad a las que, en muchas ocasiones, pueden añadirse ciertas condiciones mentales tales como depresión, ansiedad y, en muchos casos, consumo de sustancias.¹

A pesar de ello, en la práctica clínica habitual se observa que muchos de estos jóvenes utilizan de forma recurrente métodos poco letales o efectivos, siendo frecuente la realización de autolesiones o la sobreingesta de fármacos. Sin embargo, estos métodos parecen responder mayoritariamente a una "llamada de atención" en los casos en los que la persona sufre un malestar emocional intenso y no dispone de herramientas para afrontarlo. A pesar de ello, estas actuaciones no suelen tener una verdadera intencionalidad autolítica ni parecen representar un peligro significativo para la vida de forma inminente.¹

Por otro lado, en cuanto a los adultos mayores, se han identificado algunas situaciones que pueden suponer una señal de alarma, tales como: Escaso soporte sociofamiliar, red de apoyo inestable, pérdida de la pareja, independencia o abandono de los hijos, enfermedades mentales (especialmente depresión), aislamiento o soledad, enfermedades físicas discapacitantes, etc. La presencia de estas situaciones pueden favorecer los comportamientos suicidas en los adultos, incluso de forma imprevista y aislada. Además, pueden recurrir a métodos rápidos y efectivos, como la precipitación, el ahorcamiento, el atropello o el uso de un arma de fuego.¹

Por tanto, las conductas suicidas son más habituales entre la población joven, sin embargo, el suicidio consumado es más frecuente entre los ancianos o adultos mayores, especialmente entre aquellos con los factores de riesgo mencionados. Esta situación se torna especialmente preocupante puesto que es común que no muestren señales de alarma ni hayan realizado ningún intento suicida con anterioridad, dificultándose el acceso a la atención especializada.¹

En definitiva, los ancianos realizan menos intentos autolíticos que los jóvenes, pero utilizan métodos más efectivos, lo que resulta en una mayor letalidad y menor previsibilidad.¹

SUICIDIO Y GÉNERO

Según algunos estudios, las tasas de suicidio en los hombres es de tres a cuatro veces mayor que en las mujeres. Esto se debe principalmente a que, en ellos, la determinación suele ser mayor y los métodos elegidos más letales. Existen diversas razones posibles para este hecho, postulándose como un factor influyente algunas diferencias sociales y ambientales relacionadas con los roles de género.¹

Además, se ha observado que los hombres tienden a ser más impulsivos, tienen una menor capacidad para tolerar el sufrimiento mantenido, se ven más afectados por trastornos relacionados con adicciones y sienten mayor dificultad para solicitar ayuda cuando están atravesando momentos difíciles. Estos factores se traducen en un mayor número de suicidios en la población masculina y se relacionan, en gran parte, con la forma en la que ellos afrontan sus problemas personales:¹

- a. Los hombres suelen tener una menor tolerancia para el abandono o para lidiar con la soledad o una ruptura de una relación sentimental.
- b. Tienen una tendencia a no hablar abiertamente sobre sus problemas, lo que les impide liberar la carga emocional que llevan consigo.
- c. Por lo general viven con mayor angustia y estrés los factores relacionados con el entorno laboral.¹

En contraposición, aunque el suicidio sea más frecuente entre los hombres, se ha observado que las mujeres llevan a cabo hasta tres veces más intentos de suicidio que los hombres. No obstante, estos intentos en muchas ocasiones suelen responder a una *"llamada de atención"*, sobre todo entre las mujeres jóvenes, guardando una estrecha relación con situaciones de crisis emocional como violencia, abusos físicos o sexuales y problemas personales graves.¹

En resumen, los suicidios consumados son más frecuentes en hombres de cierta edad, que planean el acto con antelación y utilizan métodos rápidos y más letales (como ahorcamiento, precipitación o armas de fuego). Por otro lado, las tentativas de suicidio son más comunes en mujeres jóvenes, que recurren impulsivamente a la ingesta de fármacos como una forma extrema de escape. Estas conductas revelan la presencia de un problema emocional que les causa un gran malestar y supera sus habilidades de afrontamiento.¹

Cabe mencionar que actualmente existe un debate sobre el concepto de género y cómo debe ser estudiado. Por lo tanto, el concepto del suicidio desde una perspectiva de género debe abordarse desde un enfoque crítico y a la vez amplio y tolerante, considerando estas cuestiones.¹⁴ Es evidente que la personalidad del individuo se forja en torno a diversos factores, tanto genéticos como ambientales, ejerciendo en estos últimos un papel fundamental los roles de género. Estos influyen de forma decisiva en las expectativas, valores e ideales y en cómo las personas experimentan o reaccionan a las diferentes experiencias o sucesos a lo largo de la vida.¹⁴

Por ello, actualmente se considera la comprensión del *"género"* como un constructo social. No existe una identidad universal de lo masculino ni de lo femenino, sino diversas formas de pensar, sentir y actuar sobre las que también influyen diversos factores históricos y culturales. Por ello, concluimos con que no hay una única manera de ser hombre o mujer en la sociedad actual y, por lo tanto, pensar en términos de identidades estables puede llevar a un importantes sesgos.¹⁴

FACTORES DE RIESGO

El fenómeno del suicidio genera un enorme impacto en la sociedad, tanto a nivel personal como familiar, escolar y socio-sanitario. Esto, unido a la magnitud del problema al que nos enfrentamos, ha despertado el interés de numerosos investigadores, que han tratado de estudiar este acontecimiento a fondo. Entre otras cosas, se ha generado una gran inquietud por la búsqueda de factores de riesgo que permitan anticiparse o alertarse sobre las conductas suicidas.¹⁵

Algunos de estos estudios han identificado los siguientes elementos como los principales factores de riesgo¹⁶:

- Presencia de patología mental.
- Sentimientos de desesperanza.
- Trastornos de personalidad, principalmente aquellos que implican una falta de control de impulsos y comportamientos autodestructivos.
- Historia de abuso físico y/o sexual.
- Enfermedades físicas.
- Enfermedades crónicas que cursen con dolor o limitaciones a nivel funcional.
- Desempleo.

- Niveles económicos y educativos bajos.
- Pérdidas personales.
- Problemas relacionados con la orientación y/o identidad sexual.
- Dificultades para el afrontamiento de problemas personales.
- Escaso soporte o tensiones a nivel sociofamiliar.
- Fácil acceso a medios letales o autolesivos.
- Vivencia de eventos destructivos y violentos.
- Exposición al suicidio de otras personas, principalmente familiares cercanos.
- Uso de redes o plataformas digitales que promuevan conductas suicidas o información sobre métodos.
- Alta mediatización, que finalmente puede favorecer la idealización o las conductas de imitación.

No obstante, a continuación se presenta un análisis más exhaustivo y detallado sobre los factores de riesgo que influyen en las conductas suicidas, así como su clasificación:⁶

- *A nivel individual:* Se encontrarían enfermedades crónicas o incapacitantes, trastornos mentales, consumo de sustancias tóxicas, intentos suicidas previos, escasos recursos cognitivos, fracaso escolar, escasa vinculación o interés con los estudios o trabajos, escasas motivaciones, impulsividad, disforias de género o alteraciones en la identidad sexual, abusos o maltratos en la infancia, aislamiento o soledad, divorcio o separación, situación de duelo y dificultades económicas.
- *En el ámbito familiar:* La presencia de conflictos o desorganización en el ámbito doméstico, antecedentes de comportamientos suicidas en la familia y la existencia de trastornos mentales graves y persistentes son factores que pueden contribuir al riesgo de suicidio. Asimismo, también lo favorecen algunas situaciones como violencia o situación de malos tratos, abuso físico o sexual, pérdida o separación de seres queridos, figura ausente de los padres, bajo nivel socioeducativo, aislamiento social o participación en conductas delictivas o antisociales, escasa comunicación en la familia, acceso a medios potencialmente autolesivos, escasos recursos económicos y negligencias o falta de atención por parte de la familia.
- *En el ámbito comunitario:* Comunidades pobres o con escasos recursos, dificultades para acceder a servicios sanitarios o educativos, entornos hostiles o inseguros, escasas oportunidades lúdicas y laborales, discriminación social, toxicomanías, experimentar o presenciar agresiones o violencia de forma habitual, pertenecer a minorías étnicas y presenciar guerras o desastres naturales.
- *En el ámbito institucional:* Violaciones sistemáticas de los derechos de los pacientes en centros de tratamiento de adicciones, cárceles u otras instituciones en las que puede existir un clima hostil.⁶

En individuos que se encuentran en situación de riesgo es posible, de forma concomitante, identificar diversos facto-

res predisponentes que pueden influir en la aparición de conductas suicidas. Entre estos factores se incluyen: Antecedentes familiares de suicidio, acontecimientos traumáticos en la infancia, altos niveles de impulsividad o inestabilidad emocional y escasos recursos o herramientas para afrontar situaciones difíciles. Esta predisposición, a su vez, puede interactuar con factores precipitantes, tales como eventos estresantes recientes, acceso a medios letales, ideación suicida o descompensación de un trastorno mental.¹

Además, cabe destacar que la vulnerabilidad psicológica se ve favorecida por ciertas situaciones, destacando el aislamiento social o soledad como uno de los factores más influyentes.¹

Se debe tener en cuenta que algunos de estos factores pueden ser modificados o trabajados, como serían los trastornos mentales, el nivel de estrés, las herramientas o técnicas de afrontamiento o el grado de aislamiento social. Sin embargo, existen otros que resultan inmodificables; como serían la edad, el sexo, la salud física o la historia familiar.¹

Finalmente, es importante comprender que la intensidad del riesgo tiende a aumentar en proporción al número de factores presentes en cada individuo, guardando una estrecha relación. No obstante, algunos pueden ejercer un papel más importante que otros, dependiendo de las circunstancias individuales de cada persona.¹

FACTORES DE PROTECCIÓN

Por otro lado, existen también diversos elementos que pueden desempeñar un papel protector, favoreciendo la prevención de trastornos mentales y reduciendo el riesgo de conductas suicidas. Estos factores se agrupan en diferentes categorías:⁶

- *En el ámbito individual,* se encuentran factores como hábitos saludables de vida, buen estado de salud, carácter optimista o entusiasta, habilidades sociales desarrolladas, buena autoestima, adaptabilidad, altos recursos cognitivos o intelectualidad, manejo efectivo del estrés, presencia de metas o motivaciones personales y existencia de un proyecto de vida.
- *En el ámbito familiar,* se destacan la cobertura de las necesidades básicas, estabilidad y soporte a nivel familiar, estímulos y refuerzos positivos, el apoyo hacia las metas, la promoción de valores como la solidaridad y tolerancia, el establecimiento de límites y prevención de la violencia.
- *En el ámbito comunitario,* se enfatizan las oportunidades profesionales, educativas y de ocio, el apoyo social, la existencia de una legislación protectora y recursos para atender a la población con necesidades especiales, los espacios libres de violencia, drogas o contaminación y el acceso a oportunidades para el desarrollo personal, profesional y económico.
- *En el ámbito institucional,* se destaca la importancia de la formación del personal sanitario, especialmente

aqueellos que trabajan en el ámbito de atención primaria, para contribuir a la detección y atención de personas en riesgo y con trastornos mentales o emocionales. También la existencia de organizaciones o instituciones para las personas con desventajas a nivel social que permitan su protección así como la promoción de la responsabilidad social en este sentido.⁶

En resumen, la consideración de los factores protectores resulta crucial para la prevención de trastornos mentales y conductas suicidas. El fortalecimiento de estos y la implementación de acciones en cada uno de los ámbitos pueden contribuir significativamente a promover la salud mental y reducir el riesgo de problemas psicológicos graves.¹

Resulta interesante destacar que las personas que enfrentan sucesos adversos o críticos pueden mostrar diferentes niveles de resistencia frente a la aparición de pensamientos suicidas. Esta capacidad de resistencia parece estar relacionada con diversos factores, tales como: Flexibilidad cognitiva, buena autoestima, estabilidad emocional, control de impulsos adecuado y buenas habilidades sociales. Además, el sistema de valores y creencias personales, ya sean de naturaleza religiosa, espiritual o filántropas, pueden contrarrestar en cierta medida los pensamientos negativos o las ideas de muerte, ejerciendo un potente papel protector.¹

Existen también ciertos factores sociofamiliares que pueden jugar un papel beneficioso. Por ejemplo, tener buen soporte familiar y la presencia de hijos pequeños, mantener lazos estrechos a nivel social, percepción de integración social e incluso la presencia de mascotas. Estos factores pueden fortalecer la capacidad de resistencia de los individuos, ejerciendo un escudo protector contra las tendencias suicidas.¹

Otra circunstancia a tener en cuenta es el hecho de solicitar ayuda o tratamiento médico o psicológico, así como seguir adecuadamente las indicaciones terapéuticas cuando una persona enfrenta un trastorno mental grave o situación de crisis. Esta intervención profesional puede proporcionar el apoyo necesario y contribuir a una mejor gestión de la situación, reduciendo el riesgo de conductas suicidas.¹

Es fundamental reconocer la importancia de estos factores protectores y promover estrategias que fomenten la resiliencia y el apoyo social en individuos vulnerables. El enfoque multidisciplinario, que involucra a profesionales de la salud mental, médicos y trabajadores sociales, es crucial para abordar estos factores de protección y prevenir el suicidio.¹

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Para desarrollar las estrategias de prevención frente al suicidio, lo más eficaz es identificar los factores de riesgo y protección que se han descrito con anterioridad para, de esa forma, desarrollar estrategias dirigidas y específicas en relación a ellos.

Estas estrategias se dividen en tres categorías distintas:⁶

- Las estrategias de prevención "*universal*"; que se dirigen a la población general. Tienen como objetivo principal la promoción de la salud en todas sus vertientes. En ellas

se busca favorecer el acceso a la atención profesional, reducir o limitar el consumo de tóxicos, difundir información real y responsable por parte de los medios de comunicación y limitar el acceso a los medios letales.

- Las estrategias de prevención "*selectivas*"; que están diseñadas para grupos vulnerables concretos. Se dirigen sobre todo a personas con cierta vulnerabilidad, como aquellas que han experimentado situaciones traumáticas o abusos, presenciado desastres naturales o conflictos o familiares de personas que se han visto afectados por el suicidio de forma cercana. Estas estrategias pueden incluir la capacitación o entrenamiento de "*guardianes*" que ofrecen apoyo y asistencia a través de líneas telefónicas y otros medios.
- Por último, las estrategias dirigidas a personas vulnerables específicas, que se enfocan en ofrecer soporte y seguimiento de aquellos que han salido de instituciones sanitarias, capacitar al personal de salud y promover la identificación y el manejo precoz de los trastornos mentales y situaciones de mayor vulnerabilidad.

Estas estrategias de prevención del suicidio buscan abordar los factores de riesgo, fortalecer los factores de protección y promover una respuesta integrada a nivel comunitario. Es fundamental implementar estas estrategias de manera coordinada y basada en evidencia para reducir el impacto del suicidio y promover la salud mental en la población.⁶

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

Reconocer a las personas en situación de riesgo suicida es de vital importancia, puesto que puede suponer la diferencia entre la vida y la muerte.

La "*US Preventive Services Task Force*" ha enfatizado la importancia de identificar a la población en riesgo mediante herramientas de detección, ya que esto, unido a unas estrategias de actuación adecuadas, puede contribuir a prevenir el suicidio. Además, se ha observado que estas actuaciones ejercen un efecto de retroalimentación positiva en los profesionales ya que, al poner en práctica la identificación de personas en riesgo, los profesionales pueden mejorar su capacidad para establecer relaciones de confianza con los pacientes y esto puede motivarlos a utilizar intervenciones basadas en evidencia para reducir el riesgo.¹⁷

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

La evaluación de la conducta suicida es esencial para la toma de decisiones en términos de diagnóstico e intervención. Sin una evaluación adecuada, es difícil brindar una buena atención profesional. La evaluación tiene como objetivo identificar y detectar el riesgo suicida para implementar intervenciones efectivas. Esto requiere que los profesionales tengan una formación completa y utilicen instrumentos fiables que estén adaptados a la población y a contexto específicos.¹⁸

La evaluación debe ser individualizada, tratando de recopilar información de diversas fuentes y métodos. Además,

se deben tener en cuenta la presencia de factores de riesgo, factores de protección, precipitantes y el estado de salud mental de la persona.¹⁸

Es importante destacar que una buena evaluación es crucial tanto en las etapas iniciales como en el seguimiento posterior del caso. Esto asegura que se pueda brindar una atención continua y monitorizar los cambios con respecto al riesgo suicida de la persona.¹⁸

En resumen, reconocer a las personas en situación de riesgo suicida es vital para su prevención. Una evaluación adecuada es fundamental para ofrecer una atención de calidad y tomar decisiones precisas. Esto implica utilizar instrumentos validados, recopilar información completa y considerar diferentes factores relacionados con el riesgo suicida.¹⁸

ESCALAS DE VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA

El suicidio es un problema prevenible mediante el uso de intervenciones respaldadas por la evidencia y de relativamente bajo costo. Por lo tanto, resulta crucial implementar herramientas para la detección temprana de pacientes en riesgo. Estas herramientas se centran principalmente en identificar y evaluar los factores de riesgo asociados.¹⁷

A continuación, se mencionan algunas de las escalas utilizadas para evaluar el riesgo suicida.¹⁷

Escala para evaluación del riesgo suicida (SUAS)¹⁷

Consta de 20 ítems que se califican en una escala de 0 a 4. Se estima que su aplicación lleva entre 20 y 30 minutos y, al igual que la versión modificada (SUASS), requiere ser utilizada por personal capacitado en este ámbito.

Esta escala evalúa un total de 20 áreas diferentes que pueden indicar riesgo de suicidio. Estas áreas incluyen sentimientos de tristeza o desánimo, hostilidad, falta de energía, hipersensibilidad, aislamiento, falta de iniciativa, pérdida de control percibida, tensión, ansiedad, preocupación somática, impulsividad, baja autoestima, desesperanza, disociación emocional, dificultad para tolerar la frustración, pensamientos suicidas, intención de suicidio, deseo de morir, falta de razones para vivir y acciones suicidas.

Se ha establecido un punto de corte en 39 puntos como indicador de riesgo de suicidio. Estudios han demostrado que este punto de corte tiene una sensibilidad del 75%, y una especificidad del 86,3%. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el valor predictivo positivo es del 19,4%. Esto significa que aproximadamente el 19,4% de las personas con un resultado positivo en la escala pueden estar en verdadero riesgo de suicidio.

En resumen, esta escala resulta completa puesto que evalúa diversas áreas. Sin embargo presenta también varios inconvenientes: Requiere personal capacitado en salud mental para su valoración y muestra una baja sensibilidad y valor predictivo positivo. Además, hasta el momento, solo se ha probado en población de individuos con intentos suicidas pasados.¹⁷

Inventario de depresión de Beck (BDI)¹⁷

Es una escala de autorreporte que consta de 21 puntos, utilizados para evaluar la gravedad de la depresión. El tiempo estimado es de aproximadamente 20 minutos y en cada parte se puntúa del 0 al 3, lo que da como resultado un puntaje total que puede variar entre 0 y 63. Los puntajes se clasifican en diferentes rangos, desde síntomas mínimos (09), depresión leve (1016), depresión moderada (1729) hasta depresión grave (3063). Según estudios, esta escala muestra una sensibilidad del 63% al 77% y una especificidad del 64% al 80%, dependiendo del tipo de pacientes.

Un estudio investigó la capacidad predictiva de la escala en cuanto a suicidios y tentativas de suicidio, utilizando únicamente el ítem relacionado con el suicidio: (*"No tengo pensamientos de suicidio / a veces pienso en suicidarme, pero no lo haría / deseo suicidarme / me suicidaría si tuviera la oportunidad"*). Los resultados mostraron que un puntaje de 1 para el ítem de suicidio y 2 para el ítem de tentativa de suicidio fueron predictivos dentro del año siguiente al seguimiento. Sin embargo, los investigadores enfatizan que estos resultados deben servir como un punto de partida para una evaluación más profunda y no excluyen la necesidad de evaluación, especialmente en casos de intentos suicidas previos. En definitiva, el uso de esta escala ha planteado serias controversias, debido principalmente a su carácter subjetivo y de su limitación a una única pregunta.¹⁷

Adult suicidal ideation questionnaire (ASIQ)¹⁷

Está compuesto por 25 ítems calificados en una escala de 0 a 7, lo que permite medir constructos como las cogniciones y creencias subyacentes a dicha ideación, así como su frecuencia e intensidad durante el último mes.

Según estudios, guarda una fuerte correlación con otras escalas orientadas a evaluar conceptos como la desesperanza y la depresión. No obstante, hasta el momento solo se ha utilizado para investigación en población joven de hasta 24 años, por lo que no cuenta con evidencia sobre su capacidad predictiva ni sobre su validez en otros grupos etarios.

Si bien presenta limitaciones en cuanto a la población en la que ha sido validada, los resultados preliminares sugieren que esta herramienta podría ser útil en estudios poblacionales destinados a evaluar de manera más amplia diversas dimensiones vinculadas a la ideación suicida. Se requieren más investigaciones que evalúen sus propiedades psicométricas y su potencial aplicación en otros contextos.

Escala de intento suicida (SIS)¹⁷

Desarrollado como un instrumento para evaluar la probabilidad real de morir después de un intento de suicidio. Esta herramienta consta de 15 preguntas, divididas en dos categorías. Las primeras ocho preguntas son objetivas y se refieren a detalles específicos del intento suicida más reciente. Las siete preguntas restantes son subjetivas

y buscan explorar la percepción personal del individuo. Sin embargo, esta escala ha recibido críticas debido a la inconsistencia de los resultados obtenidos en los dos conjuntos de preguntas principales. Parece que los pacientes tienden a exagerar las respuestas a las preguntas subjetivas, posiblemente para obtener atención o justificar sus acciones ante los demás. Además, esta escala no es adecuada para escenarios en los que muchos pacientes no han tenido intentos previos, ya que la mayoría de los suicidios ocurren en el primer intento de una persona. En resumen, esta herramienta se diseñó para medir la expectativa de muerte después de un intento de suicidio, pero su efectividad se ve comprometida por la discrepancia entre las respuestas objetivas y subjetivas, así como por su limitación en casos donde no hay intentos previos.¹⁷

Brief symptom rating scale (BSRS5)¹⁷

Este es un breve cuestionario diseñado para detectar problemas de salud mental en una variedad de entornos, principalmente en pacientes hospitalizados y de la comunidad. Consiste en una escala de Likert con 5 preguntas, donde las respuestas se puntúan del 0 al 4. Esta escala evalúa áreas como la ansiedad, la depresión, la hostilidad, la hipersensibilidad interpersonal y el insomnio. Existe una versión más amplia llamada *BSRS5R*, que también incluye una pregunta sobre si el individuo ha tenido ideas suicidas.

En un estudio realizado, se evaluaron las propiedades de este cuestionario. Se encontró que tenía una sensibilidad del 89%, una especificidad del 85%, un valor predictivo negativo del 99% y un valor predictivo positivo del 11% al utilizar un umbral de tres para los sujetos de la comunidad. Además, se observó una alta consistencia en el hecho de que las personas que experimentaban altos niveles de estrés emocional tenían una mayor probabilidad de responder afirmativamente a la sexta pregunta.

Si bien es cierto que este cuestionario resulta fácil y rápido de aplicar, cabe señalar que no tiene como finalidad principal predecir las conductas suicidas, sino más bien estudiar la gravedad de los trastornos mentales. Sin embargo, se recomienda una evaluación más detallada para comprender mejor la tendencia suicida. Cabe mencionar que este cuestionario no ha sido probado en estudios de seguimiento prospectivos.

Inventario de razones para vivir (reason for living inventory)^{17,18}

Se trata de un instrumento que permite medir los factores protectores contra el suicidio a través de una serie de preguntas. El instrumento consta de 48 ítems, cada uno de los cuales se puntúa en una escala de Likert del 0 al 6, donde 0 indica que el factor no es importante y 6 indica que es extremadamente importante. Estos ítems abarcan seis áreas diferentes, que incluyen creencias de supervivencia y afrontamiento, objeciones morales al suicidio, responsabilidad hacia la familia, miedos relacionados con el suicidio y miedo a la desaprobación social. No existe un punto de corte estandarizado, pero conforme aumenta la puntuación total, se considera que existen más motivaciones para vivir.

Una revisión sistemática de estudios ha demostrado de manera consistente una asociación negativa entre el puntaje en esta escala y la ideación suicida, lo que sugiere que estos factores protectores pueden desempeñar un papel en la prevención de intentos de suicidio. Sin embargo, esta asociación puede resultar dudosa o inválida para individuos con antecedentes de intentos previos, sobre todo en el caso de los adolescentes. Además, no se ha establecido una asociación directa con el suicidio en sí.

Aunque el uso de esta escala puede ser poco práctico en consultas de atención primaria, sí resulta útil para identificar tanto los factores de riesgo como los de protección.

No obstante, dada su consistencia en los estudios revisados y el tiempo necesario para completarlo, es importante analizar críticamente el potencial de aplicar este instrumento en entornos de atención primaria.^{17,18}

Sad persons^{17,18}

Se utiliza como una herramienta para evaluar el riesgo de suicidio durante la evaluación inicial de un paciente. Esta escala se basa en un acrónimo en inglés, que implica 10 factores a evaluar durante la anamnesis. Estos factores incluyen: Sexo masculino, edad menor de 20 o mayor de 45 años, diagnóstico activo de depresión, intento previo de suicidio, abuso de alcohol, escaso pensamiento racional, falta de apoyo social adecuado, presencia de un plan elaborado para el suicidio, ausencia de pareja y problemas de salud.

Cada uno de estos elementos se puntúa de manera que el puntaje total refleje el nivel de riesgo de suicidio. Según el puntaje obtenido, se establecen diferentes conductas a seguir. Por ejemplo, si el puntaje está entre 0 y 2, se puede recomendar un seguimiento ambulatorio intensivo para monitorizar de forma estrecha al paciente. Si está entre 3 y 4, puede considerarse el ingreso del paciente para una evaluación más detallada. Para puntajes entre 5 y 6, se sugiere el ingreso del paciente con el fin de brindar un cuidado más intensivo. Y si el puntaje está entre 7 y 10, se considera necesario un ingreso forzoso para proteger la vida del paciente.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que aunque esta escala se utiliza de forma generalizada como herramienta para evaluar el riesgo de suicidio, la evidencia científica sugiere que puede sobreestimar el riesgo de suicidio y la necesidad de hospitalización. Además, su capacidad para predecir el riesgo de suicidio es escasa, con una sensibilidad relativamente baja. Por lo tanto, es necesario utilizar otras herramientas y realizar una evaluación exhaustiva para tomar decisiones clínicas adecuadas en relación al riesgo de suicidio.

Escala de desesperanza de Beck^{19,20}

La escala consta de 20 afirmaciones que se pueden responder como verdaderas o falsas. Su propósito es evaluar el grado de expectativas negativas sobre el futuro a corto y largo plazo. Al sumar las respuestas, que van de 0 a 20, se obtiene un puntaje en la escala. Dependiendo de la po-

blación en la que se ha validado, se establece un punto de corte de 9 o 10.

Para puntuar en la escala, se asigna 1 punto a las afirmaciones que indican desesperanza y 0 puntos a las que no la indican. Los puntajes obtenidos brindan una medida de la gravedad de la desesperanza, que se clasifica en cuatro categorías: Mínimo o normal (03), leve (48), moderado (914) y severo (1520).

La desesperanza se define como un sentimiento pesimista o expectativas negativas sobre el futuro, y está relacionada con el suicidio. Se ha demostrado que la desesperanza se asocia con ideas suicidas, intentos de suicidio y comportamientos suicidas en adolescentes y pacientes con problemas mentales. También se ha encontrado que está relacionada con intentos de suicidio pasados y futuros.

Aunque el objetivo principal de la escala es medir la desesperanza, varios estudios han demostrado que también puede predecir de manera efectiva los intentos de suicidio y el suicidio consumado.

El cuestionario de comportamiento suicida revisado (SBQR)^{17,18,19}

Es un breve cuestionario que consta únicamente de 4 preguntas. Se utiliza una escala de tipo Likert para calificar áreas como la frecuencia de pensamientos suicidas, la verbalización de estos pensamientos a otras personas y los comportamientos y expectativas alrededor de un posible intento de suicidio.

El puntaje máximo que se puede obtener en este cuestionario es de 18 puntos y se estima que toma aproximadamente 5 minutos completarlo. El objetivo de esta herramienta es valorar la presencia de pensamientos y comportamientos suicidas tanto en el pasado como en el futuro.

Se ha demostrado que el *SBQR* tiene una consistencia interna adecuada, lo que significa que las preguntas están relacionadas entre sí de manera coherente. También ha mostrado confiabilidad en pruebas repetidas y validez concurrente, respaldando así su capacidad para medir de manera precisa los pensamientos y comportamientos suicidas.

Escala de ideación suicida de Beck¹⁷

El instrumento de evaluación en cuestión se compone de 19 preguntas diseñadas para investigar la severidad de la ideación suicida. Cada pregunta se califica en una escala del 0 al 3, lo que permite obtener un puntaje total que oscila entre 0 y 38.

Para completar este cuestionario, se estima que se requiere de 10 a 15 minutos aproximadamente, y se recomienda que sea administrado por profesionales especializados en el tema.

Inicialmente, se encontró que únicamente el ítem relacionado con la desesperanza tenía una correlación predictiva con algún grado de ideación suicida, sin embargo parecía que el puntaje total no se correlacionaba con este hecho. Aunque no se ha establecido un punto de corte concreto, sí

se ha observado que a mayores puntuaciones existe mayor riesgo suicida.

En cuanto a la calidad del instrumento, se ha demostrado que posee una alta consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach que oscilan entre 0,89 y 0,96, lo que indica una buena fiabilidad. Además, presenta una correlación positiva con la escala de desesperanza de Beck y la escala de depresión de Hamilton, lo que respalda su validez.¹⁷

Columbia suicide severity rating scale^{17,18} (CSSRS)

Se trata de una herramienta diseñada para evaluar la gravedad de la ideación y conducta suicida en el último mes en individuos mayores de doce años. Además, busca establecer el nivel de apoyo inmediato que podría ser necesario. La escala se compone de cuatro grandes categorías: Severidad e intensidad de la ideación, conducta suicida y nivel de letalidad del intento. Cada categoría se puntúa de manera variable.

Es importante destacar que existen diferentes versiones de esta escala, adaptadas a distintos contextos donde se puede emplear, tanto en atención primaria, como en el entorno escolar o sectores especializados.

La escala de evaluación de riesgo suicida de Columbia es reconocida por la *FDA* para uso clínico por ser sencilla y eficaz.

En general, todas las escalas y herramientas expuestas disponen de varios componentes comunes basadas en algunos factores de riesgo o de protección ya conocidos. Sin embargo, las revisiones indican que los estudios que evalúan estos instrumentos tienen limitaciones metodológicas, ya que muchos de ellos miden factores compuestos (como el suicidio junto con autolesiones) y muy subjetivos y muestran una capacidad de discriminación insuficiente para el suicidio.

Por ejemplo, se ha encontrado que la escala de desesperanza de Beck (*BHS*), el inventario de depresión de Beck y la escala de ideación suicida de Beck (*SSI*) tienen valores predictivos positivos muy bajos, entre el 1%, 2% y 3% respectivamente, lo que significa que solo un pequeño porcentaje de las personas con resultados positivos en el screening realmente fallecerán por suicidio.

Estas escalas e instrumentos de autorreporte han demostrado ser una opción conveniente para evaluar el riesgo suicida en entornos de urgencia y consulta externa debido a su facilidad y rapidez de aplicación. Sin embargo, actualmente no es recomendable utilizar únicamente una escala como método para la evaluación de riesgo suicida, de acuerdo con las directrices de la *Organización Mundial de la Salud*, el *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* y el *The US Preventive Services Task Force (USPSTF)*.

Además, una desventaja de depender únicamente de las escalas para la estratificación del riesgo es que no tienen en cuenta la interacción entre los factores cognitivos, afectivos o conductuales y los factores demográficos o

modificables del paciente, como la edad, el sexo o los diagnósticos de salud mental. Ante la incertidumbre en este tema, sería beneficioso centrar los esfuerzos en aspectos preventivos, como mejorar las políticas públicas, comunitarias y sociales que promuevan la salud mental y la calidad de vida de las personas.

SIGNOS DE ALARMA

Las principales señales de alarma que indican un potencial riesgo suicida son las siguientes: Intentos autolíticos o autolesivos previos, especialmente cuando se utilizan métodos letales; antecedentes familiares de suicidio y la verbalización o exteriorización de intencionalidad suicida, especialmente cuando se observa una planificación (cambios en el testamento o notas de despedida, etc.).¹

Estos factores se tornan aún más alarmantes cuando existen circunstancias precipitantes, tales como: Descompensación de una enfermedad mental o de una enfermedad física crónica, sentimientos de abandono, aislamiento social, estresores vitales múltiples, conflictos familiares, pérdida del empleo, desilusiones o rupturas sentimentales, dificultades económicas y la pérdida reciente de un ser querido. Además, hay que prestar mayor atención cuando a estas circunstancias se suman personalidades con tendencias agresivas y/o impulsivas.¹

A nivel cognitivo, los sentimientos de desesperanza se ven íntimamente ligados con el riesgo de suicidio, especialmente cuando existen ideas de muerte. En este sentido, sería apropiado cambiar el refrán popular "*mientras hay vida, hay esperanza*" por "*mientras hay esperanza, hay vida*". En muchas ocasiones, esta desesperanza puede ir acompañada de otros sentimientos negativos, como la ira y la cólera, que pueden intensificar un desbordamiento o crisis a nivel emocional.¹

Conocer estos signos de alarma puede resultar muy útil para establecer pautas de actuación o protocolos específicos, tanto por parte de la población general como de los sectores profesionales involucrados.

POBLACIONES ESPECIALES

En la gran mayoría de las investigaciones realizadas sobre la mortalidad por causas suicidas, se observan dos grandes picos, uno en torno al final de la adolescencia y adultez temprana, y el otro en la vejez, sobre todo en mayores de 75 años.¹⁹

Conductas suicidas en adolescentes

Según la OMS, el acto de quitarse la vida es uno de los principales problemas de salud en los jóvenes, siendo la segunda causa de muerte en este grupo poblacional a nivel mundial. Este fenómeno ha llevado a una disminución en la esperanza de vida de esta población, considerándose como una catástrofe. En cuanto a los posibles motivos de este hecho, se considera que la incapacidad para afrontar y resolver problemas es uno de los factores que juega un papel más relevante.⁹

De acuerdo con investigaciones actuales, el suicidio se considera en su mayoría un problema de salud pública y se afirma que es prevenible si se interviene de manera adecuada a través de estrategias integrales y multisectoriales. Se ha observado que, tanto las ideas suicidas como los intentos son más frecuentes en la población femenina, mientras que el suicidio consumado es predominante en la población masculina.⁹

Las acciones y pensamientos suicidas continúan siendo el resultado de múltiples factores, y las estadísticas de suicidio están aumentando en todos los países, especialmente entre los jóvenes, afectando a toda la familia y a su entorno. Los jóvenes con menos habilidades para afrontar problemas y una menor tolerancia a la frustración son más propensos a presentar este fenómeno. El suicidio tiene implicaciones socioculturales y sociopolíticas diversas y normalmente se inicia con las ideas suicidas, siendo el intento mismo un factor de riesgo importante para consumarlo.⁹

En una investigación realizada en estudiantes universitarios en España, se encontró que aquellos con una menor tendencia al optimismo, habilidades sociales deficientes y una menor percepción de apoyo social son más propensos a presentar ideas suicidas. Del mismo modo, en estudios llevados a cabo en Estados Unidos y Reino Unido con 5085 adultos jóvenes estudiantes universitarios, se descubrió que el duelo por suicidio de un familiar o amigo es un factor de riesgo, mostrando una asociación específica entre el duelo por suicidio y la posterior consumación de este acto.⁹

Es importante destacar que los comportamientos suicidas no son exclusivos de las personas con enfermedades mentales, ya que existen muchos factores asociados, como las condiciones económicas, el rendimiento académico, las interacciones y relaciones con su entorno, las relaciones de pareja, su condición de adolescentes, el abuso sexual, el abandono, el desempleo, la violencia, la falta de oportunidades, la percepción de menor apoyo social, los eventos adversos y la perspectiva de futuro profesional, entre otros. Sin embargo, también es fundamental considerar que entre los adolescentes pueden existir comportamientos autolesivos no suicidas, pensamientos autolíticos, intentos de suicidio y suicidios consumados, por lo que se recomienda explorar la intencionalidad real y diferenciar si existe un deseo genuino de desaparecer o si se trata de una forma de llamar la atención orquestado por un sufrimiento intenso pero sin una verdadera intención suicida.⁹

Suicidio y ancianidad

En cuanto al suicidio en personas mayores, a pesar de que la tasa de mortalidad ha experimentado un aumento significativo en las edades jóvenes, es en la vejez donde se observan los porcentajes más elevados. Además, debido al envejecimiento de la población, se espera que este sea el grupo de edad que experimente un mayor crecimiento en las próximas décadas.²¹

En la mayoría de los países que proporcionan estadísticas a la OMS, las tasas de suicidio aumentan con la edad, tanto

en hombres como en mujeres, alcanzando su punto máximo en edades muy avanzadas. Sin embargo, hay variaciones significativas al respecto. Por ejemplo, en Canadá, las tasas de suicidio alcanzan su punto máximo en una edad media tanto para hombres como mujeres, y luego disminuyen.²¹

Dado el rápido aumento en el número de personas mayores, impulsado por el envejecimiento de la generación del "baby boom", que ha mostrado además una mayor propensión al suicidio en comparación con generaciones anteriores, es necesario prestar atención urgente a este grupo de edad y destinar recursos para desarrollar y estudiar métodos de prevención adecuados para los ancianos.²²

En algunos estudios se ha observado que la conducta suicida en los adultos mayores se comporta de manera similar en ambos sexos, siendo un factor más decisivo la edad en sí misma.^{22,23}

El estado civil y la conducta suicida no tienen el mismo comportamiento en ambos sexos. En hombres, los viudos representan la mayoría, mientras que en mujeres, las divorciadas son las que tienen una mayor prevalencia.²²

El riesgo suicida en los adultos mayores está relacionado con múltiples dimensiones que afectan su calidad y expectativa de vida. La disminución de la calidad de vida y una mala salud son factores predictivos de la conducta suicida en los ancianos. En este escenario, la depresión y el abandono familiar están muy asociados a esta conducta.^{22,24}

En cuanto a la distribución según antecedentes de salud personales y familiares, se ha observado que aquellos con problemas de pareja y problemas familiares son los más propensos a estas conductas. También se han identificado como factores de riesgo la tensión familiar, el desequilibrio, la mala comunicación, los estados afectivos negativos, las limitaciones importantes en la funcionalidad y autonomía, el abandono familiar y la soledad.²²

En cuanto a la relación entre la gravedad de las circunstancias y la seriedad de la intención suicida, se ha observado que el ahorcamiento es el método más comúnmente utilizado, al igual que la disección de vasos sanguíneos, aunque con una gravedad baja. Estudios similares han demostrado que los métodos de suicidio más utilizados son el ahorcamiento y la ingestión de psicofármacos.²²

Enfermedad mental y suicidio

En un amplio análisis realizado en 2002, la Asociación Mundial de Psiquiatría identificó las siguientes condiciones psiquiátricas que se relacionan con un mayor riesgo de suicidio:^{16, 25}

- *Esquizofrenia:* Aproximadamente uno de cada diez pacientes con diagnóstico de esquizofrenia termina por suicidarse. El riesgo es aún mayor en los casos en los que predominan las alucinaciones auditivas imperativas o de contenido desagradable, así como los síntomas psicóticos floridos.
- *Trastornos del estado de ánimo:* Según diversos estudios, alrededor de la mitad de las personas que se suicidan padecían de algún trastorno afectivo, principalmente de-

presión. Además, se calcula que el 15% las personas con trastornos depresivos se suicidan.

- *Trastorno de ansiedad:* Con ansiedad se entienden todas las manifestaciones tanto físicas como psicológicas de este trastorno. En el caso del suicidio, se ha encontrado un mayor riesgo en pacientes con fobia social o trastorno de pánico. En muchos casos, la ansiedad puede acompañar al trastorno depresivo, incrementándose aún más el riesgo en estos casos.
- *Trastornos de la personalidad:* Algunos rasgos de personalidad pueden fomentar las conductas suicidas, estos son: Altos niveles de impulsividad, inestabilidad emocional, conductas violentas y baja autoestima. Por ello, los trastornos de personalidad con mayor riesgo suicida son el trastorno límite de la personalidad y el trastorno antisocial.
- *Abuso o dependencia de alcohol y sustancias:* Las drogodependencias aumentan el riesgo de suicidio, principalmente el abuso de sustancias depresoras, tales como el alcohol o los opiáceos, multiplicando el riesgo hasta veinte veces.
- *Demencia:* En ocasiones la demencia produce síntomas similares al trastorno depresivo, generándose un importante malestar a nivel emocional. Además, si añadimos que esta condición se dan frecuentemente en edades avanzadas, el riesgo se incrementa aún más.

También se ha observado un mayor riesgo de suicidio en pacientes con enfermedades del sistema nervioso central, delirium, neoplasias, infección por VIH, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedad renal crónica o en diálisis, enfermedades reumatológicas como el lupus y en pacientes con dolor crónico.¹⁶

Trastorno por uso de sustancias (TUS), patología dual y riesgo suicida

La relación entre el consumo de drogas y el riesgo de suicidio es un tema de suma importancia en el campo de la salud mental. Se ha comprobado que, en aquellas personas que abusan de sustancias, se incrementa la probabilidad de que desarrollen conductas suicidas. Este riesgo aumenta a medida que la frecuencia, intensidad y duración del consumo de drogas se hacen más altas, y también si existen otros trastornos mentales comórbidos.²⁶

El abuso de sustancias está asociado con múltiples consecuencias negativas para la salud, y es común encontrar casos en los que las personas consumidoras de drogas también padecen de otros trastornos psiquiátricos de forma concomitante. Este hecho ensombrece el pronóstico, puesto que puede llevar a un mayor número de intentos de suicidio.²⁶

También se ha observado que tanto las mujeres como las personas con tendencias impulsivas, ya sea que tengan trastornos de personalidad o no, tienen una mayor probabilidad de conductas suicidas de forma recurrente.²⁸

La experiencia ha demostrado que las personas consumidoras con comorbilidad psiquiátrica añadida tienen una

mayor frecuencia de ingresos en servicios de urgencias y emergencias, con mayor número de hospitalizaciones psiquiátricas y una mayor prevalencia de suicidio en comparación con aquellas que no presentan trastornos mentales.^{26,29}

Las investigaciones han prestado atención a las entidades psicopatológicas estrechamente relacionadas con aspectos de la personalidad, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (*TDAH*) y los trastornos de la personalidad (*TDP*), en el contexto de las adicciones. Se ha encontrado que el consumo de cannabis durante la adolescencia puede conducir a un mayor desarrollo de trastornos depresivos, síntomas depresivos, síntomas de ansiedad e ideas suicidas.²⁶

En pacientes con trastorno afectivo bipolar (*TAB*), se ha observado un aumento en el consumo de diferentes sustancias, pero no hay evidencia de que haya drogas de preferencia en estos pacientes o de que haya cambios en el patrón de consumo según el estado de ánimo. No obstante, parece que sí pudiera existir una relación entre el consumo de ciertas sustancias determinadas con los cambios del estado de ánimo y las descompensaciones psicopatológicas.²⁶

Un metaanálisis que incluyó 43 estudios con 870,967 participantes encontró una asociación significativa entre el TUS y la ideación suicida, el intento de suicidio y la muerte por suicidio en diferentes porcentajes.³⁰

La literatura especializada ofrece una sólida evidencia de que el TUS y los TDP están estrechamente interrelacionados, con una prevalencia entre el 1% y el 5.9% en la población general, y se ha reportado una asociación de hasta el 40% entre el uso de alcohol y los TDP, aumentando a un 69% entre los pacientes que consumen sustancias psicoactivas.²⁶

En resumen, el TUS se considera un factor de riesgo para el suicidio, siendo el porcentaje mayor en hombres mayores, mientras que el riesgo de intentos de suicidio es mayor en mujeres jóvenes. Es habitual que las conductas suicidas ocurran cuando existen otros trastornos psiquiátricos, especialmente trastornos depresivos.^{26,30}

NUEVAS TENDENCIAS

Autolesiones y conductas suicidas / parasuicidas

Recientemente se ha comprobado que las conductas autolesivas y parasuicidas entre niños y adolescentes también están en aumento. La autolesión es una forma disfuncional de regulación de las emociones y es importante distinguirla del comportamiento suicida.³¹

Las autolesiones son acciones llevadas a cabo por la propia persona con la intención de causarse a sí mismo un daño físico. Estas acciones pueden tener diversas motivaciones, no estando siempre relacionadas con una intencionalidad suicida franca, si bien es cierto que estas dos entidades pueden ocurrir de forma paralela. Por ello, resulta fundamental que los profesionales sean capaces de realizar un adecuado diagnóstico diferencial y puedan distinguir entre los gestos autolesivos y las conductas con verdadera intención suicida. Para ello, es necesario una adecuada y completa formación de los profesionales y de la comunidad, así como la

promoción del diálogo y comunicación abierta sobre este tipo de ideas.³²

Actualmente, se piensa que las autolesiones se llevan a cabo para aliviar algún tipo de emoción, pensamiento o sentimiento negativo; con intención de castigarse a uno mismo, buscar la atención de los demás o de un refuerzo social. No obstante, todas las situaciones deberían estudiarse de una forma individualizada, promoviendo un ambiente tolerante y comprensivo y evitando emitir juicios de valor.³¹

Algunos estudios han mostrado un aumento significativo en las consultas de salud mental relacionadas con intoxicación no accidental por fármacos y suicidio/intento de suicidio/ideación autolítica en niños y adolescentes. Los factores de riesgo identificados como los más implicados en la conducta suicida son: La presencia de trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión, y los intentos previos, aunque también existen otros factores diversos como los familiares, personales o sociales.³¹

Es importante destacar que, en los últimos años, se ha objetivado un empeoramiento en lo que respecta a la salud mental de la población infantil y adolescente, sobre todo tras la situación de pandemia por el Covid19. Este acontecimiento se ha traducido en un aumento importante de síntomas depresivos, autolesiones y suicidios en este grupo poblacional, convirtiéndose en un problema de salud de primer orden en nuestros días. Por ejemplo, esto se refleja con los datos analizados durante el 2020, evidenciándose un gran aumento en las llamadas de adolescentes y menores con ideas o conductas suicidas atendidas por la *Fundación de Atención de Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR)*.³³

En nuestro país también se ha evidenciado un incremento de estas conductas en jóvenes, sobre todo con el uso de métodos como la ingesta voluntaria de sustancias. Estos comportamientos tienen un enorme impacto en la sociedad, un estigma sustancial y consecuencias significativas que, en ocasiones, pueden dificultar su adecuado manejo y prevención.³⁴

Por tanto, resulta necesario incorporar nuevas técnicas y herramientas en la práctica clínica habitual que contribuyan a un diagnóstico precoz sobre este tipo de conductas. Las intervenciones profesionales deberían considerar un enfoque que incluya estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria, jugando un papel crucial en este aspecto los pediatras.³¹

Resulta fundamental que todos los profesionales que trabajan con población infantil y adolescente conozcan los factores que influyen en este tipo de conductas e ideas para poder actuar de una forma eficaz. Particularmente, resulta crucial que los pediatras, por el volumen de población con el que trabajan, conozcan el abordaje y asesoramiento frente a las conductas suicidas. Esto comienza cuando adquieren las habilidades necesarias para realizar una entrevista exhaustiva mientras mantiene una actitud empática y de apoyo.³¹

A la luz de estos hallazgos, resulta necesario crear un plan nacional de prevención del suicidio en esta pobla-

ción y fortalecer algunas áreas como la atención primaria, los hospitales y los recursos psiquiátricos para la población pediátrica. Además, también el entorno escolar juega un papel importante en cuanto a la detección y prevención de consultas suicidas. Por ello, resultaría muy interesante la implantación de programas de formación y entrenamiento del personal educativo.³¹

Eutanasia y suicidio asistido

El concepto de "eutanasia" tiene su origen en el término griego "eu" (que significa bueno o fácil) y "thanatos" (muerte), por lo tanto, etimológicamente se traduce como "muerte buena". Históricamente, este término se ha relacionado con la compasión hacia el sufrimiento de una persona incurablemente enferma, pero actualmente se ha convertido en un supuesto "derecho a una muerte digna" para el paciente que está sufriendo. La eutanasia puede llevarse a cabo mediante una acción directa, que implica la administración de medicamentos mortales, o mediante una acción indirecta, que consiste en suspender los cuidados básicos necesarios para la supervivencia del paciente, como el tratamiento médico, la terapia intravenosa, la alimentación, etc. En ambos casos, la intención del profesional de la salud sería provocar la muerte de la persona.^{11,35}

En el caso del suicidio asistido, se proporcionan de manera intencionada y, a petición de la persona, los medios necesarios para que esta pueda terminar voluntariamente con su vida, lo cual incluye asesoramiento sobre la dosis letal de los medicamentos, su prescripción y su suministro. A diferencia de la eutanasia, en el suicidio asistido es el propio paciente, y no otra persona, quien decide terminar con su vida de manera voluntaria.³⁶

A lo largo de la historia, todos los códigos éticos en el campo de la medicina han mantenido de manera unánime el principio de respeto máximo hacia la vida de los pacientes. La búsqueda del bienestar del enfermo nunca ha incluido poner fin a su vida. Aunque este hecho no se haya difundido ampliamente por los medios de comunicación, durante su 70ª Asamblea General, celebrada en Tiflis (Georgia) en 2019, la Asociación Médica Mundial (AMM) reafirmó "su firme compromiso con los principios de ética médica y su convicción de que se debe mantener un máximo respeto por la vida humana", y declaró su fuerte oposición a la eutanasia y al suicidio asistido por parte de los médicos. La práctica de la eutanasia y el suicidio asistido, cuando se lleva a cabo con la ayuda del poder político, va en contra de los principios de la medicina y refleja un sistema de valores duales basado en diferentes visiones del ser humano, el mundo y, específicamente, de la muerte digna.³⁵

En nueve países, total o parcialmente, la eutanasia o el suicidio asistido han sido despenalizados. Ambas opciones pueden llevarse a cabo legalmente en nueve de los cincuenta estados de Estados Unidos, así como en Canadá, Colombia, Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Suiza y, más recientemente, en España, aunque con diferentes restricciones.³⁵

Los requisitos esenciales y comunes que justifican la práctica del suicidio asistido en la mayoría de estos países son los siguientes:³⁵

- El médico debe estar convencido de que la solicitud es voluntaria, está bien reflexionada y expresa los deseos del paciente, es decir, que el paciente tenga plena capacidad y haya reafirmado su deseo de morir. Esta voluntad puede haber sido expresada previamente en un documento de voluntades anticipadas.
- La muerte natural debe ser razonablemente inminente o debe haber una enfermedad insoportable y sin posibilidad de mejora mediante otros medios de tratamiento.
- El paciente debe ser informado sobre su situación y sus perspectivas futuras reales, entendiendo la información que se le proporciona.
- Se debe solicitar la opinión de otro médico, quien debe corroborar que se cumplen todos los requisitos. En el caso del sufrimiento psicológico, como ocurre en los Países Bajos, se deben consultar a dos médicos.

En cuanto al procedimiento de control, todas las legislaciones en los países mencionados establecen un proceso previo, que comienza con el médico que lleva a cabo el suicidio asistido y luego con una entidad revisora encargada de garantizar el cumplimiento de los principios y requisitos para aplicar la normativa.³⁶

En nuestro país, la Ley Orgánica 3/2021, regula la eutanasia "activa", considerándola como un derecho individual. Su aplicación se incluye en el catálogo de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS), y la muerte se considerará como natural. La eutanasia puede llevarse a cabo en centros de atención médica públicos, privados o concertados, así como en el domicilio del paciente. Esta ley está vigente desde el 2021, si bien siendo objeto de controversias por una presunta vulneración de los artículos 168 y 169 de la Constitución.³⁶

Eutanasia en pacientes con trastornos psiquiátricos

En la actualidad, pocos países permiten de forma legal la eutanasia y/o el suicidio asistido, entre ellos: Bélgica, Luxemburgo, Países Bajos y España. Estas legislaciones permiten la aplicación de estas prácticas en pacientes con o sin enfermedades terminales, siempre y cuando sufran de manera insoportable e intratable. Esto incluye a personas con trastornos mentales o demencia, eliminando el requisito de que la muerte natural esté cercana.³⁵

En todos estos países, la eutanasia y el suicidio asistido están sujetos a estrictos controles y regulaciones, debido a la controversia que rodea a estas prácticas. Sin embargo, estos controles están siendo cuestionados debido a la preocupación de que se estén rebasando los límites de lo que se considera un "derecho a morir". Los trastornos mentales plantean un desafío particular, ya que ponen en duda la capacidad del paciente para tomar decisiones por sí mismo y su voluntariedad al solicitar la eutanasia.^{35,36}

La autonomía de una persona solo puede existir si se basa en el principio de libertad. Solo cuando una persona actúa libremente puede tomar decisiones que reflejen genuinamente sus pensamientos y voluntades. Sin embargo, en

el caso de una persona con una enfermedad mental, su capacidad de tomar decisiones puede estar limitada debido a su patología cognitiva, de conciencia, pensamiento, percepción o afectividad. Esto significa que no siempre serán verdaderamente libres para decidir solicitar la eutanasia.³⁵

El hecho de que la enfermedad mental se haya llamado "*la patología de la libertad*" indica que en muchos casos, los pacientes psiquiátricos pueden carecer de la capacidad necesaria para tomar decisiones que cumplan con los requisitos del consentimiento informado, especialmente cuando se trata de algo tan irreversible como la eutanasia.³⁵

Según los estudios revisados, existen diversos problemas médicos y éticos específicos al evaluar una solicitud de eutanasia por parte de una persona con trastornos mentales. Para que la solicitud sea válida, la persona debe tener un conocimiento suficiente de su enfermedad y su pronóstico, así como plena capacidad para tomar decisiones radicales sobre su vida. Sin embargo, en personas con trastornos mentales, esta capacidad mental puede estar comprometida, y el deseo de morir puede ser un síntoma común de muchos trastornos mentales. Además, es difícil determinar el grado de sufrimiento, y en psiquiatría existe el riesgo de que el malestar sea causado por eventos cotidianos y no por la enfermedad en sí. También es cuestionable el criterio de irreversibilidad e incurabilidad de los trastornos mentales, ya que su curso puede ser fluctuante y difícil de predecir, y que no siempre se hayan agotado todas las opciones de tratamiento.³⁵

Por último, es importante que los pacientes estén bien informados sobre todas las opciones de tratamiento, y esto incluye una evaluación realizada por un especialista en salud mental. Además, el estado mental del paciente puede dificultar su comprensión y análisis de la información presentada. La valoración de un psiquiatra es fundamental, ya que se establece una relación terapéutica importante en el ámbito clínico.³⁵

En conclusión, es necesario que, en todos los casos, se realice al menos una valoración psiquiátrica neutral para determinar la naturaleza e intensidad insoportable del sufrimiento. Esto es incluso más importante que determinar si el malestar tiene un origen mental o físico. No obstante, el llamado "*derecho a morir con libertad*" deja de ser verdaderamente libre cuando existen algunas condiciones o estados mentales alterados o incapacitantes pero potencialmente reversibles.³⁶

Desde una perspectiva bioética, existen múltiples dilemas éticos y médicos para los profesionales de la salud que participan en estos procedimientos. Por lo tanto, es importante que se respete la objeción de conciencia sanitaria de los médicos, tal como se establece en la legislación española.³⁶

COVID19 y pandemia

Las pandemias comparten la característica de causar un desequilibrio generalizado en varios aspectos vitales de las personas, generando importantes cambios en lo personal, social, laboral y académico. Esto se traduce en sentimientos de confusión, incertidumbre y un miedo intenso pero comprensible entre la población afectada.³⁷

La llegada del *Covid19* ha traído consigo desafíos mucho más allá de la propia enfermedad. La pandemia ha tenido consecuencias tan graves como la pérdida de casi un millón de vidas en todo el mundo, el sufrimiento por la pérdida de seres queridos y las complicaciones asociadas al duelo, la crisis económica y el desempleo, así como el surgimiento y agravamiento de problemas de salud mental en todas las edades debido al confinamiento. También se ha observado un aumento en el acceso a los medios para provocar la muerte, a pesar de las recomendaciones de la OMS y una polarización en las manifestaciones de afecto hacia el personal sanitario.³⁷

Los expertos en el tema han advertido sobre la probable relación entre los efectos de la pandemia por *Covid19* y el aumento de las tasas de suicidio y conductas suicidas, tanto durante la situación de crisis mundial y sanitaria como posteriormente. Sin embargo, a pesar de las predicciones sobre su impacto, aún es poco lo conocido sobre las consecuencias reales de este acontecimiento en la vida de las personas.^{38,39}

En el caso de la pandemia de *Covid19*, el confinamiento en el hogar, la paralización de la actividad económica, el cambio brusco y repentino a la enseñanza en línea, y el aumento del teletrabajo, son aspectos que han generado una situación inusual y estresante. No es sorprendente que la salud mental de la población mundial se vea resentida debido al alto nivel de estrés causado por la pandemia. Cabe mencionar que el estudio de las consecuencias orgánicas del virus ha arrebatado importancia a la investigación sobre las consecuencias mentales y psicológicas, los cuales finalmente pueden acabar evolucionando hacia trastornos mentales graves y persistentes.⁴⁰

Del mismo modo, el resentimiento laboral y económico da lugar a otros problemas relacionados con la autoestima e imagen de uno mismo, con el estrés mantenido, la inestabilidad a nivel emocional y la aparición de sentimientos de culpa, vergüenza, frustración, etc. Todos ellos finalmente pueden conducir a la aparición de pensamientos y conductas suicidas. Además, esto concuerda con algunos datos obtenidos durante situaciones de crisis económicas graves, registrándose un número de suicidios más elevado, principalmente entre la población masculina.⁴¹

También el confinamiento se soporta de forma muy diferente según las condiciones en las que se viva, dependiendo de diversas variables como la vivienda, las condiciones económicas y laborales, los miembros de la unidad familiar así como las relaciones interpersonales entre ellos y el estado de salud. En muchos casos, el confinamiento se vive como un aislamiento o distanciamiento social, generándose unas implicaciones emocionales y psicológicas considerables. Sin embargo, en la mayoría de casos se observa una interacción social menor, lo cual puede entenderse como una disminución o ausencia en la red de apoyo. También se generan diversos cambios en la rutina y los hábitos diarios, provocando por lo general una mayor sensación de fatiga física y emocional (especialmente para aquellos que ejercen como cuidadores), y una sensación de sobrecarga para aquellos que trabajan desde casa, ya que se ha identificado que el 70% de las personas tra-

bajan de forma más intensa mediante el “teletrabajo”, que en una jornada laboral promedio.⁴¹

Por tanto, el confinamiento aumenta el riesgo de presentar problemas relacionados con el estado de ánimo, consumo de sustancias, o experiencias relacionadas con la violencia o abusos en el ámbito doméstico. La aparición de todos estos factores, en muchas ocasiones, acaba sobrepasando los mecanismos o herramientas de afrontamiento habituales, pudiendo favorecer la aparición o exacerbación de algunos trastornos mentales. Esto, sumado a sentimientos de desesperanza y dificultad para proyectarse en el futuro, podría conducir a la aparición de pensamientos o intentos suicidas.⁴²

Algunos estudios muestran que, tanto la depresión como la ideación suicida, ocurren en un mayor porcentaje de mujeres que de hombres. Las mujeres también presentan mayor malestar emocional y peor salud mental, siendo el sexo femenino un factor de vulnerabilidad ante el impacto psicológico de la pandemia. Otro factor de riesgo es la cercanía experimentada con el virus, lo que se asocia con síntomas como miedo, soledad e insomnio. También otros estudios analizaron a personas que perdieron su empleo y tuvieron menores ingresos, presentando los peores indicadores de salud mental y mayor sintomatología psiquiátrica.⁴³

De igual modo, los grupos más vulnerables son los adultos mayores y jóvenes. Los adultos mayores que viven solos han experimentado un confinamiento aislado, en muchos casos sin poder comunicarse tecnológicamente con sus familias. Los jóvenes enfrentan altos niveles de tensión relacionados con sus estudios, como la pérdida de rutina y relaciones sociales, el cierre de escuelas y la incertidumbre sobre su continuidad académica y económica.⁴⁴

Los niños también han visto mermada su salud emocional, presentando cambios conductuales, ansiedad, irritabilidad o soledad. Realizar clases “online”, alterar su rutina y dejar de ver compañeros ha sido supuesto nuevos desafíos. La situación se complica más si el niño presenta discapacidades, vive en condiciones de hacinamiento o de vulnerabilidad social. Otro grupo en riesgo para la aparición de estas conductas son aquellos que se han visto expuestos a áreas conflictivas o desastres humanitarios, presentando además más dificultades para el acceso a la atención.⁴⁴

El proceso de duelo también ha cambiado en los tiempos del *Covid19*. Elaborar la pérdida de un allegado en condiciones normales ya es suficientemente complejo y doloroso, pero hacerlo durante la pandemia lo es todavía más debido a la imposibilidad de realizar ritos funerarios presenciales que permitan asimilar la pérdida. En el caso de fallecimientos por *Covid19*, no poder despedirse intensifica los sentimientos de culpa, depresión y ansiedad.⁴⁵

Algunos estudios reportan un incremento del 43,2% en ideas e intentos de suicidio durante la pandemia en comparación con 2018-2019, alcanzando un máximo del 573,8% en menores en mayo 2021.⁴⁶

Finalmente, con todos estos datos concluimos que la pandemia por *Covid19* ha supuesto un impacto muy significativo en términos de salud mental y conductas suicidas. Sin embargo, es necesario analizar cada factor involucrado en

esta asociación y continuar las investigaciones de forma longitudinal.⁴⁶

MANEJO DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Abordaje desde el ámbito de urgencias

El proceso de ingreso del paciente en urgencias comienza en la admisión, donde se lleva a cabo la identificación y clasificación correspondiente. En primer lugar, se deben tomar las siguientes medidas una vez que una persona con comportamiento suicida ha sido admitida en urgencias:

- Evaluar de manera inmediata su estado clínico.
- Aplicar un tratamiento efectivo que reduzca al mínimo el riesgo de muerte o discapacidad.
- Establecer un sistema para garantizar la seguridad del paciente.⁴⁷

El triaje es un método utilizado para seleccionar y clasificar a los pacientes que ingresan a urgencias, basándose en sus necesidades terapéuticas y en los recursos disponibles para su atención. Consiste en una evaluación clínica preliminar que ordena a los pacientes según su grado de urgencia, de modo que aquellos con mayor urgencia sean tratados primero en situaciones de servicio saturado o recursos limitados. Los pacientes restantes son monitorizados hasta que el equipo médico pueda atenderlos. En resumen, el triaje es una clasificación protocolizada del grado de urgencia que establece tiempos de espera razonables para la atención y tratamiento de los pacientes en urgencias por parte del personal médico correspondiente. En nuestro caso, utilizaremos el sistema de triaje de Manchester, el cual asigna cinco niveles de gravedad, cada uno identificado por un color y un tiempo máximo de atención al paciente. Se recomienda clasificar a todas las personas con comportamiento suicida en el nivel amarillo, lo que implica que deben recibir atención en un plazo máximo de una hora. En general, en los servicios de urgencias es necesario identificar los tipos de pacientes que presentan riesgo suicida, incluyendo aquellos que han intentado suicidarse, aquellos que muestran una clara ideación suicida, aquellos con trastornos mentales sin ideación suicida y aquellos con patologías físicas que aumentan el riesgo de suicidio.⁴⁷

Es posible realizar una evaluación inicial utilizando diversos cuestionarios o escalas. Para los pacientes que no presentan problemas físicos, se puede utilizar la versión abreviada del cuestionario de Horowitz. Este cuestionario consta de una serie de preguntas que el paciente debe responder, y las respuestas se clasifican en colores (amarillo o naranja) según corresponda. Con base en el tipo de riesgo suicida identificado, se debe determinar el plan terapéutico adecuado para cada caso:

- **Riesgo alto:** Ingreso en una unidad de hospitalización psiquiátrica.
- **Riesgo moderado:** Tratamiento psicofarmacológico para la patología subyacente y seguimiento a través de los Centros de Salud Mental correspondientes.

- *Riesgo bajo*: Alta hospitalaria y seguimiento a través de Atención Primaria.⁴⁷

El tratamiento ambulatorio se recomienda cuando el paciente cumple con los siguientes criterios: No tiene un plan suicida específico y presenta niveles bajos de ansiedad.

- No padece una enfermedad psiquiátrica relevante.
- Cuenta con un adecuado apoyo familiar y social.
- Ha firmado un compromiso de "no suicidio".
- Acepta el tratamiento prescrito.⁴⁷

Es necesario realizar un seguimiento de todos los pacientes atendidos en urgencias durante un año, con reevaluaciones a los 3, 6 y 12 meses. Además, si el paciente ha realizado un intento previo de sobredosis de medicamentos, se recomienda que, tras recibir el alta, la familia supervise al paciente y guarde y custodie los medicamentos de manera segura.⁴⁷

Es importante vigilar el cumplimiento o la falta de seguimiento, abordar conductas que interfieran con el tratamiento (como faltar a las citas o no cumplir con la medicación, entre otras). También es fundamental determinar los recursos externos disponibles para el paciente, a fin de prevenir crisis suicidas en caso de pérdida de dichos recursos.⁴⁷

Manejo desde atención primaria

En muchas ocasiones, los profesionales de atención primaria son la primera línea de atención para pacientes con riesgo suicida. Por ello, resulta esencial establecer una serie de pautas o recomendaciones para su manejo:

- Es conveniente ser cautelosos o prestar una mayor atención con aquellos pacientes que presentan factores de riesgo para el suicidio o cuando existan algunas condiciones físicas o mentales que puedan predisponer a ello.
- Resulta eficaz realizar entrevistas con preguntas abiertas, respetando la intimidad del paciente pero facilitando la comunicación fluida. Se debe tratar de tener una actitud empática y tolerante, evitando que el paciente se sienta juzgado o criticado. En aquellos casos en los que exista una sospecha de ideas suicidas, conviene abordar el tema directamente. Por ejemplo, se puede preguntar: "¿Ha llegado a sentirse tan mal que ha pensado que no vale la pena continuar?" (y si es necesario, si el paciente no lo comprende, se puede continuar: "Que no merece la pena vivir?").
- Investigar acerca de las ideas suicidas o preguntar sobre ellas no significa implantar estas ideas en el paciente. En contra de lo que muchas personas pueden pensar, facilitar la comunicación acerca de estas ideas puede suponer un alivio para las personas que las tienen.
- No se deben banalizar ni menospreciar las amenazas o conductas autolesivas, ni presuponer la intención de las mismas por acontecimientos previos.
- En los casos en los que se dé una mejoría inesperada habría que continuar indagando puesto que, en muchos casos, esto ocurre cuando el paciente se siente aliviado tras haber tomado la decisión de quitarse la vida.

- Durante la entrevista conviene explorar profundamente la existencia de sentimientos de desesperanza, puesto que numerosos estudios han demostrado la relación directa entre la presencia de los mismos y el suicidio.

- Si el paciente admite ideación suicida, hay que indagar sobre la estructuración, planificación o intencionalidad, realizando preguntas con un lenguaje sencillo, accesible y respetuoso.

- Si tras realizar una entrevista se detecta ideación suicida elaborada, conviene derivar al paciente a un dispositivo especializado de salud mental para su abordaje, llegando a ser necesario en ocasiones la hospitalización.

- Siempre que el paciente consienta, es aconsejable incluir a familiares o allegados en entrevistas conjuntas o mantenerlos informados sobre cuál es la situación real, los posibles riesgos y el plan de actuación. Resulta muy útil establecer planes de seguridad de forma conjunta con la familia.

- Se debe informar a los familiares sobre las precauciones que se deben tomar si el manejo es ambulatorio, como por ejemplo limitar el acceso a armas letales, medicamentos peligrosos u otras situaciones de riesgo o aislamiento del individuo.

- En caso de que no se detecte ideación suicida, no significa que el riesgo sea nulo, por lo que conviene realizar un seguimiento del mismo, valorando la necesidad de volver a explorar estos aspectos según la evolución del proceso.

Los profesionales de la atención primaria deben estar capacitados para reconocer los signos de riesgo suicida durante las consultas de rutina. Para ello, se pueden utilizar preguntas directas durante la entrevista y escalas de evaluación.⁴⁸

GUÍAS DE ACTUACIÓN

La prevención del suicidio es un área de la salud que genera mucho interés y es considerada como uno de los principales desafíos para la salud pública en muchos países. El suicidio es un fenómeno complejo y multifactorial, relacionado con diversos factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales, los cuales pueden variar en diferentes lugares y con el tiempo. Por lo tanto, se requiere de sistemas de información sólidos y la implementación de intervenciones de diferentes tipos.⁴⁹

Aunque los profesionales aún se preguntan por dónde empezar a actuar, la restricción del acceso a medios letales es una intervención con evidencia sólida en la prevención del suicidio. Se ha demostrado que se puede reducir hasta un 85% los suicidios mediante esta medida. Esto implica la implantación de algunas medidas como por ejemplo proteger lugares de alto riesgo, restringir el acceso a armas de fuego y dificultar el almacenamiento de medicamentos, entre otras acciones.⁴⁹

Otra intervención efectiva es la restricción o limitación del acceso a bebidas alcohólicas mediante políticas públicas. Esto ha demostrado disminuir las tasas de suicidio

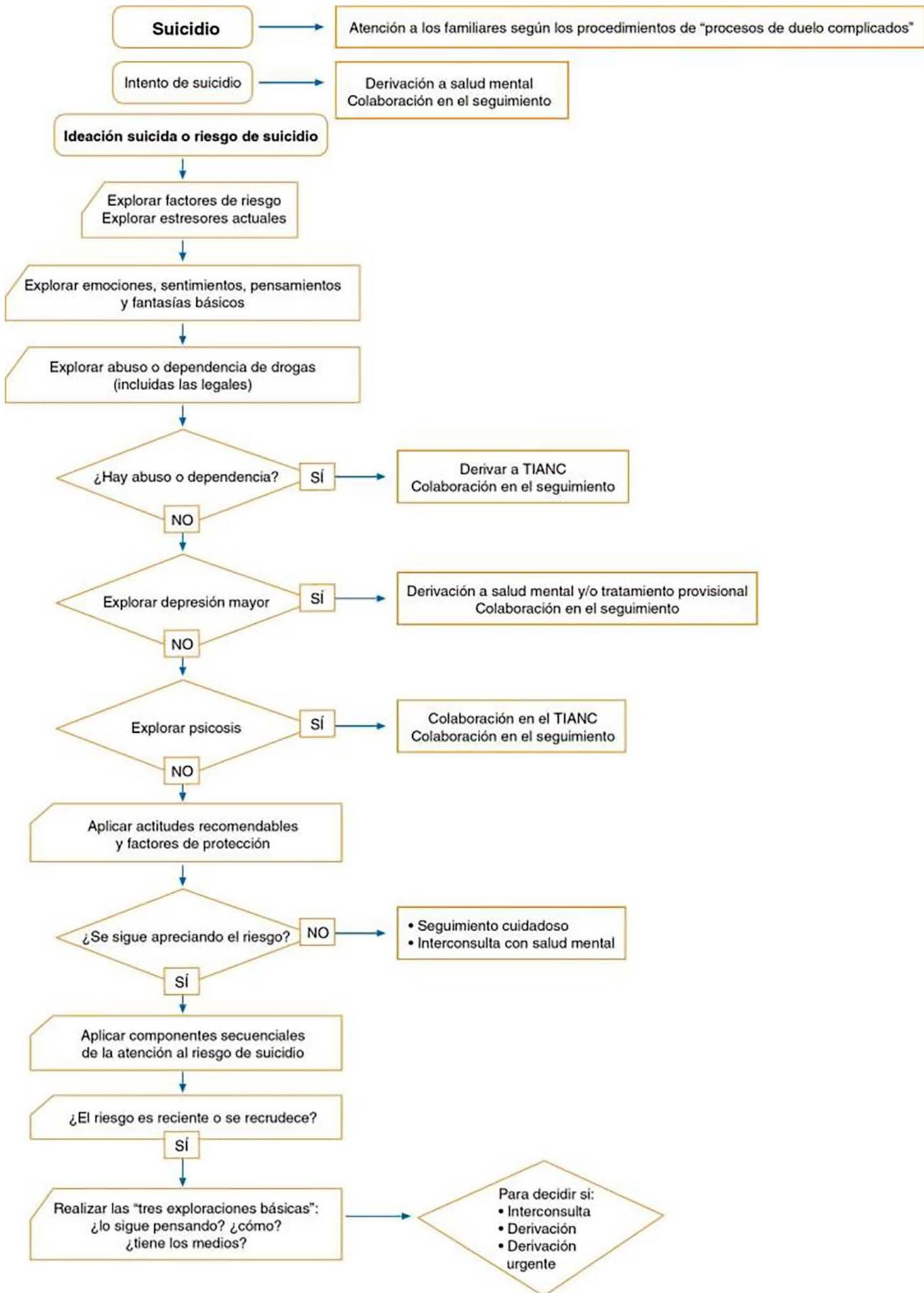


Figura 1. Ejemplo de protocolo de actuación frente a la conducta suicida desde Atención Primaria. Recuperado de: Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Carmen Fernández Alonso, M. D., García Campayo, J., Montón Franco, C., Tizón García, J. L., & Grupo de Salud Mental del PAPPs (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPs 2018. Atención primaria, 50 Suppl 1(Suppl 1), 83–108. [https://doi.org/10.1016/S02126567\(18\)303640](https://doi.org/10.1016/S02126567(18)303640).

en varios países, especialmente en hombres, a través de la implantación de impuestos al consumo de alcohol, establecimiento de una edad mínima de consumo y regulación del número de establecimientos de venta.⁴⁹

Los programas escolares dirigidos a aumentar la conciencia y la información sobre la salud mental y el suicidio también son una intervención respaldada. Ejemplos de esto son el proyecto *Seyle*, que demostró una reducción significativa en los intentos e ideación suicida después de una intervención psicoeducativa, y el proyecto *OSPI*, que buscó restringir el acceso a medios letales en varias ciudades europeas.⁴⁹

Sin embargo, la principal barrera para la prevención del suicidio es de naturaleza cultural y está relacionada con el estigma y la falta de conocimiento que rodea al fenómeno. Esto dificulta la búsqueda de ayuda y la capacidad de ofrecerla desde el entorno. Aunque la evidencia sobre las campañas de sensibilización e información es limitada, se ha demostrado que tienen impacto en el conocimiento, la sensibilización social y las actitudes hacia el problema. Algunas iniciativas recientes, como "*Small talk save lives*" en el Reino Unido y "*#BeThe1To*" en Estados Unidos, hacen un llamado al papel de los ciudadanos en términos de prevención.⁴⁹

Una forma de abordar el estigma y la desinformación es trabajar con los profesionales de los medios de comunicación, a través de guías de estilo y acciones de sensibilización que ayuden a evitar enfoques inapropiados en los medios, los cuales se ha demostrado que impactan negativamente en grupos vulnerables.⁴⁹

En España, existe la necesidad de desarrollar más medidas de prevención del suicidio dirigidas a la sociedad en general. Aunque hay documentos y protocolos centrados en la intervención sanitaria, faltan iniciativas comunitarias sistematizadas y ancladas en la práctica habitual.⁴⁹

En resumen, la prevención del suicidio requiere de intervenciones preventivas que aborden los factores de riesgo específicos, como la restricción del acceso a medios letales y al alcohol, así como programas escolares para aumentar la conciencia y la información. También es importante abordar el estigma y la desinformación a través de campañas de sensibilización y acciones con los medios de comunicación. Además, se necesita un enfoque integral que involucre a diversos actores y sectores de la sociedad.⁴⁹

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS UNIVERSALES

El enfoque teórico más apropiado para guiar las medidas preventivas es el modelo psicológico conocido como "*diátesis-estrés*". Este enfoque se aplica tanto en el ámbito de los trastornos mentales como en algunos fenómenos sociales. Su utilidad radica en la capacidad para explicar la interacción entre los aspectos biológicos o genéticos (diátesis) y las influencias del entorno (factores estresantes), y cómo esta interacción puede dar lugar a trastornos como la conducta suicida.⁵⁰

Contrastando con el enfoque de prevención clásico, que se divide en prevención primaria, secundaria y terciaria, este modelo propone una estrategia basada en intervenciones dirigidas a diferentes sectores. Estas intervenciones permi-

ten diseñar acciones más precisas y efectivas. En este sentido, se pueden distinguir tres tipos de poblaciones a las cuales se dirigen estas intervenciones:⁵⁰

- *Población universal*: se refiere a la población en general, es decir, a todas las personas sin distinción.
- *Poblaciones selectivas*: se centran en grupos considerados de alto riesgo, donde se concentran factores que aumentan la probabilidad de desarrollar el trastorno en cuestión.
- *Poblaciones recomendadas*: se enfocan en individuos identificados como de muy alto riesgo, sin tener en cuenta grupos específicos.

De esta manera, el enfoque preventivo basado en el modelo diátesis-estrés ofrece una perspectiva más precisa y efectiva para abordar las intervenciones preventivas en diversos contextos.

Intervenciones universales

Estas intervenciones se centran en la población en general y buscan abordar el problema del suicidio a nivel nacional, estatal o regional, así como en grupos poblacionales específicos como estudiantes, personas mayores, enfermos, entre otros.⁵⁰

Algunas de las medidas que han demostrado efectividad a nivel nacional incluyen la restricción de venta de armas de fuego, el uso de catalizadores automotrices para disminuir la emisión de monóxido de carbono y la modificación del gas doméstico convencional por gas natural. También la restricción al acceso a azoteas de edificios altos y la instalación de barreras en puentes para evitar que las personas se arrojen desde ellos. Además, se han implementado cambios en los envases de medicamentos para reducir su disponibilidad.⁵⁰

Otras estrategias preventivas a nivel nacional incluyen brindar acceso a servicios de atención médica a personas de alto riesgo, como aquellos con trastornos mentales y problemas de abuso de sustancias. Aunque todas estas medidas resultan prometedoras, aún se necesita más evidencia científica para determinar su eficacia.⁵⁰

En cuanto a medidas dirigidas a sectores algo más concretos de la población, se llevan a cabo campañas educativas en las escuelas para que los alumnos y el personal educativo puedan identificar y ofrecer ayuda a quienes se encuentren en situaciones críticas. También se llevan a cabo iniciativas para combatir el acoso escolar ("*bullying*"), las cuales, aunque originalmente no fueron concebidas para prevenir el suicidio, han contribuido a reducir las tasas de este tipo de comportamiento entre los estudiantes.⁵¹

Las estrategias selectivas

Este tipo de estrategias se enfocan en los grupos de población más vulnerables, como aquellas personas con adicciones, recién diagnosticados con enfermedades graves (especialmente en la tercera edad), personas en prisión o en situación de calle.⁵⁰

Las personas con enfermedades mentales tienen un mayor riesgo de suicidio y, debido a que a menudo estos trastornos no se detectan ni se tratan adecuadamente, se han desarrollado programas de capacitación para médicos generales con el fin de reconocer y tratar la depresión en esta población. El abordaje temprano así como la prescripción de antidepresivos en casos indicados han demostrado una disminución de las tasas de comportamiento suicida.⁵⁰

También se recomienda evaluar cuidadosamente a las personas recientemente diagnosticadas con enfermedades graves o de mal pronóstico, ya que tienen un mayor riesgo de suicidio. Otros grupos de alto riesgo incluyen a personas sin hogar, especialmente jóvenes, y exreclusos recién liberados. Desafortunadamente, es frecuente en estos grupos que muestren mayor dificultades para el acceso a la atención necesaria.⁵⁰

Se recomiendan intervenciones selectivas, especialmente para aquellas personas que han realizado alguna tentativa suicida previa o han expresado su deseo de disponer de ayuda médica debido a pensamientos suicidas. Los intentos previos de suicidio son un factor de riesgo importante y una señal de alerta que se debe tener en consideración.⁵⁰

Cuando las personas con intentos suicidas llegan a los servicios de urgencias de los hospitales, idealmente debería haber un sistema capacitado para manejar estas situaciones de crisis. Sin embargo, a menudo no se logra abordar adecuadamente el problema durante esta intervención en los hospitales generales, lo que resulta en una falta de tratamiento adecuado para el núcleo del problema.⁵⁰

Aunque no existe una evidencia clara sobre qué intervenciones son mejores para prevenir el suicidio, se ha demostrado que la terapia cognitivoconductual es una de las más efectivas. Otras estrategias que han mostrado resultados incluyen el seguimiento de los pacientes a través de seguimiento periódico a través de consultas o llamadas telefónicas.⁵⁰

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS EN POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

En lo que respecta a la población joven e infantil, se han identificado diversos programas y estrategias que se clasifican en seis tipos de intervenciones según su objetivo: Sensibilización, información, entrenamiento, desarrollo, evaluación y terapia, y enfoques multimodales. A continuación, se brinda una breve descripción de cada uno de ellos según su tipo de intervención.⁵²

Estrategias de sensibilización⁵²

El objetivo de estos programas es el desarrollo y aprendizaje de habilidades y conocimientos generales y específicos sobre el tema. Principalmente busca incentivar actitudes positivas hacia la prevención.

Buscan promover actitudes favorables que permitan a los escolares y población juvenil, comprender mejor la problemática del suicidio y los factores relacionados con el fin de prevenirlo.

Se abordan temas como el suicidio en sí, las emociones y sentimientos, los factores de riesgo, las señales de alerta y las fuentes de ayuda disponibles, entre otros.

Estrategias de información⁵²

En estas intervenciones, se brindan a las personas literatura o declaraciones verbales que contienen información interesante sobre suicidio y su prevención.

Se pueden identificar dos tipos de intervenciones: Las dirigidas a los estudiantes para que puedan identificar los factores de riesgo y protección, y aquellas orientadas a los profesionales educativos para detectar los posibles riesgos y actuar sobre ellos.

Los programas o estrategias de esta naturaleza abordan una variedad de temas, como estadísticas, desmitificación de creencias erróneas, factores de protección y riesgo (como la depresión y el consumo de sustancias), señales de advertencia y fuentes de ayuda disponibles, entre otros. Su objetivo principal es proporcionar conocimientos pertinentes para la prevención del suicidio.

Estrategias de entrenamiento⁵²

Supone una instrucción sobre cómo se debe actuar en situaciones determinadas, la cual también implica acciones de concienciación e información. Posteriormente, o de forma alternativa, el estudiante pone en práctica las habilidades que ha adquirido.

El objetivo es que las personas actúen de forma conjunta y coordinada, conforme a un plan de actuación eficaz cuando se detecte una situación de riesgo. Se pueden identificar dos tipos principales:

Estrategias de entrenamiento de "gatekeepers" o "guardianes"

Dirigidas a los profesionales de instituciones educativas (profesores, orientadores, o personal de apoyo) que pueden realizar labores de identificación, orientación y derivación de posibles casos entre los estudiantes en riesgo.

Se enfoca principalmente en desarrollar habilidades específicas, como la capacidad de detectar señales de alarma, comunicarse de manera efectiva (hablar, preguntar, escuchar, mostrar empatía, etc.), indagar sobre conductas suicidas, brindar apoyo emocional y contención, asegurando la seguridad de la persona en crisis, persuadir y buscar ayuda. Además, promueve una adecuada confianza en la capacidad personal para aplicar estas habilidades y la adopción de pautas de autocuidado por parte del "gatekeeper".

Estrategias de entrenamiento en psicoeducación

Su enfoque principal se centra en fomentar aspectos que brindan protección, como la valoración de uno mismo y la confianza en la capacidad personal, el manejo adecuado de emociones negativas, la capacidad de adaptarse y

cambiar la forma de pensar, buscar ayuda y apoyo social, comunicarse de manera asertiva, resolver conflictos y utilizar estrategias efectivas para enfrentar situaciones difíciles.

Estrategias de desarrollo⁵²

Se trata de que, en aquellos individuos que han alcanzado las herramientas, técnicas y formación adecuada, puedan orientar a otros sobre cómo adquirirlos o ponerlos en práctica.

Estrategias de screening, cribado o tamizaje⁵²

Involucran herramientas o métodos de evaluación para identificar a la población en riesgo para su derivación a dispositivos especializados de salud mental.

Las estrategias de detección, además de evaluar el riesgo de suicidio, pueden incluir la participación de la familia, la provisión de información y recursos de atención, y el seguimiento de los casos.

Estrategias de intervención terapéutica⁵²

Conllevan la intervención clínica con personas en riesgo de suicidio que demandan la atención por personal especializado en salud mental.

Intervenciones multimodales⁵²

Estas intervenciones utilizan estrategias que combinan dos o más de los enfoques mencionados anteriormente.

DISCUSIÓN

El suicidio es un fenómeno complejo y en constante evolución, influenciado por diversos factores sociales, culturales, económicos y políticos. El término ha ido progresando a lo largo de la historia y, con él, sus diversas connotaciones y perspectivas.

A día de hoy, supone un importante problema de salud pública a nivel mundial, estimándose que cada año, millones de personas en todo el mundo mueren por esta causa, y un porcentaje aún mayor intenta hacerlo o piensa en ello.

Este suceso ha sido objeto de estudio e interés desde tiempos antiguos, adquiriendo mayor importancia, si cabe, en los últimos años dadas las altas tasas de prevalencia, su constante crecimiento y notable impacto psicosocial.

Cabe destacar la influencia e importancia que adquieren sobre este evento los cambios ambientales que, a fin de cuentas, se traducen en alteraciones en los hábitos de vida de la población y que, de la misma forma, terminan suponiendo diferencias en cuanto al desarrollo de técnicas de adaptación y afrontamiento frente a determinadas vivencias.

Resulta interesante recalcar los cambios y nuevas tendencias que se vienen observando en los últimos años y que, finalmente, han desembocado en un aumento exponencial

de las tasas de suicidio, teniendo su mayor incidencia este crecimiento en la población joven y suponiendo un dato muy alarmante.

Todo ello nos dirige a algunos acontecimientos recientes que han marcado de forma importante a la población y a sus costumbres, adquiriendo un papel principal la pandemia por el virus SARS COV-2. Esta situación de alarma e incertidumbre, se ha traducido en una oleada de pérdidas; teniendo que enfrentarnos a situaciones inusuales relacionadas con el aislamiento social, las pérdidas económicas, el estrés emocional y situaciones de duelo complejo o patológico.

Además, este contexto ha limitado a la población en varios aspectos, paralizando sus vidas durante un período de tiempo prolongado y traducéndose en la aparición de nuevos problemas en el ámbito doméstico, laboral y relacional. Muchos de estos dilemas resultan nuevos y desconocidos para gran parte de la población, por lo que algunas de sus consecuencias son aún inciertas, poniéndose de manifiesto la necesidad de continuar investigando de forma estrecha y longitudinal.

Cabe mencionar, asimismo, que otra de las tendencias más destacadas en los últimos años es el impacto de la tecnología y las redes sociales en la salud mental. A medida que más personas están conectadas, existe un nuevo conjunto de desafíos y factores de riesgo asociados con la exposición constante a contenido negativo, el acoso cibernético e incluso la idealización de las conductas auto-destructivas en algunas plataformas.

Siguiendo en esta línea, parece conveniente indagar sobre las nuevas formas de expresión de las conductas suicidas, como el llamado "*suicidio por imitación*" o el fenómeno de contagio social. Este fenómeno se ha vuelto más prominente a medida que las noticias y la información se difunden a través de las redes sociales y los medios de comunicación, pudiendo suponer también un impacto significativo en las tasas de suicidio en comunidades específicas.⁵³

A pesar de ello, parece que estas tecnologías desempeñan un papel ambivalente en la salud mental, pudiendo influir de forma negativa; en cuanto a la aparición de pensamientos suicidas e incluso en la divulgación de medios para llevarlo a cabo, pero también de forma positiva como herramienta a favor de su prevención. Por ello, resulta fundamental investigar cómo el uso indebido de las redes sociales puede afectar las tasas de suicidio, así como identificar estrategias efectivas de intervención.

Afortunadamente, a día de hoy, disponemos de numerosos estudios e investigaciones que han permitido conocer aquellos factores que influyen de manera decisiva en los actos, pensamientos y conductas suicidas. Dichos estudios han contribuido a desarrollar herramientas y escalas que ayudan a detectar y estratificar el riesgo suicida, pudiendo abordarlo de una forma más temprana y dirigida.

En la actualidad, se está destinando gran empeño en desarrollar estrategias para detectar y prevenir el suicidio. Este trabajo de prevención supone una tarea compleja, que requiere un enfoque integral y multidisciplinario,

incluyendo a múltiples sectores como la salud mental, la atención primaria, la educación y la comunidad en general.

Algunas estrategias de prevención incluyen la detección temprana y el tratamiento de trastornos mentales, la promoción del bienestar emocional, la reducción del estigma asociado con la salud mental y la mejora del acceso a servicios de apoyo y tratamiento. Resulta fundamental fomentar la conciencia y la educación sobre el suicidio. Esto implica proporcionar información precisa y desafiar los mitos y estigmas que rodean al suicidio. También es esencial promover valores como la empatía, la comprensión y la comunicación abierta para que las personas se sientan cómodas y libres de solicitar ayuda o asistencia para favorecer la búsqueda de ayuda en situaciones de crisis.

Si bien es cierto que se están dedicando grandes esfuerzos a la investigación y prevención de las conductas suicidas, aún es largo el camino por recorrer, siendo notable la escasez de protocolos universalizados y la coordinación multisectorial.

CONCLUSIONES

El suicidio es un problema complejo y trágico que afecta a las personas en todo el mundo, actualmente supone uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, presentándose como un desafío, tanto su abordaje como su prevención.

Destaca el exponencial crecimiento del fenómeno, influenciado por diversos factores sociales, culturales, económicos y políticos. Adquieren en este sentido gran importancia acontecimientos como la pandemia por SARS COV-2 y el avance de las nuevas tecnologías. Estas situaciones han supuesto, sin duda, un cambio en la sociedad, en sus problemas y en las herramientas que se disponen para hacerles frente.

En cuanto a su abordaje, se ha constatado en los últimos años el desarrollo de una medicina que aboga por respetar, de la mayor forma posible, la autonomía y libertad del paciente. Si bien es cierto que esta postura genera ambivalencias, así como dilemas éticos y morales ya conocidos con anterioridad y difíciles de resolver.

Actualmente se está dedicando un gran esfuerzo al estudio y prevención de la conducta suicida, siendo notables algunos de los avances aunque, por desgracia, visiblemente insuficientes. Por ello, es esencial continuar dirigiendo las investigaciones hacia las diferentes estrategias preventivas, siendo conveniente estar atentos a las nuevas herramientas tecnológicas y su potencial para ayudar a identificar y apoyar a personas en riesgo. En este sentido, parece que la inteligencia artificial podría desempeñar un papel crucial en un futuro no muy lejano.

No obstante, a pesar de los esfuerzos realizados, aún queda mucho trabajo por hacer. Si bien es cierto que habrá que esperar a los diferentes avances tecnológicos, es tangible la necesidad de continuar desarrollando protocolos universalizados y defender un abordaje multidisciplinar y coordinado, desarrollando estrategias de intervención en todos los ámbitos posibles.

En este sentido, la detección temprana, la conciencia, la educación y la eliminación del estigma son estrategias fundamentales para la prevención del suicidio, requiriéndose el esfuerzo de los diferentes sectores involucrados, desde el ámbito político, hasta el educativo y sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Echeburúa E. Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Ter Psicol* [Internet]. 2015 [citado el 15 de enero de 2024];33(2):117–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082015000200006>
2. Goñi-Sarriés A, Janda-Galán L, Macaya-Aranguren P, Azcárate L, López-Goñi JJ, Álvarez I. Diferencias entre los intentos de suicidio y otras urgencias psiquiátricas hospitalarias. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2018 [citado el 15 de enero de 2024];46(3):83-91. Disponible en: <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/113/ESP/20-113-ESP-83-91-933331.pdf>
3. Pacheco Tabuenca T, Robles Sánchez JI. Emergencias extrahospitalarias: el paciente suicida. *Sanid Mil* [Internet]. 2011 [citado el 15 de enero de 2024];67(4):345–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712011000500003>
4. Blanco, C. El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Rev. Cien. Soc* [Internet]. 2020 [citado el 15 de enero de 2024]; 33(46), 79-106. Disponible en: <https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>
5. Hernández Soto PA, Villarreal Casate RE. Algunas especificidades en torno a la conducta suicida. *Medisan* [Internet]. 2015 [citado el 15 de enero de 2024];19(8):1051–8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015000800014&lng=es&tlng=es.
6. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Rev habanera cienc médicas* [Internet]. 2016 [citado el 15 de enero de 2024] ;15(1):0–0. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011&lng=es&tlng=es.
7. Campillo Serrano C, Fajardo-Dolci G. Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gac Med Mex* [Internet]. 2021 [citado el 15 de enero de 2024];157(5). Disponible en: https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=640
8. Magno-Muro P, Cruzado L. “Ideas pasivas de muerte”: una errónea nomenclatura en el fenómeno suicida. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2021 [citado el 15 de enero de 2024];84(2):149–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i2.4003>
9. Cañón Buitrago SC, Carmona Parra JA. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2018 [citado el 15 de enero de 2024];20(80):387–97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es.

10. O'Connor RC, Pirkis J, Cox GR. The International Handbook of Suicide Prevention. Wiley; 2020.
11. Cholbi M. Euthanasia and Assisted Suicide: Global Views on Choosing to End Life. ABC-CLIO; 2015.
12. Baños Chaparro J. Health Care and Global Health Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción. 2022;42-5.
13. Macarena D, Luchinger M, Pamela D, Ojeda S, González Hernández J. factores de riesgo y contexto del suicidio. Rev. Memoriza [Internet]. 2011 [citado el 15 de enero de 2024]. Disponible en: http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/Suicido2011_8_15-25.pdf
14. Barroso Martínez, AA. Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [Internet]. 2019 [citado el 15 de enero de 2024]; 39(135): 51-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352019000100004&lng=es
15. Rosero-Ordóñez SF, Reinoso-Guadalupe DR, Flores-Brito PR. Evaluación de riesgo suicida en estudiantes universitarios. Salud y Vida [Internet]. 2023 [citado el 16 de enero de 2024];7(13):15-27. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2610-80382023000100015&lng=es
16. Koppmann A. Aspectos Generales Del Riesgo Suicida En La Consulta Del Médico General. Rev. méd. Clín. Las Condes [Internet]. 2020 [citado el 15 de enero de 2024];31(2):163-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.007,n.d>
17. Abarca C, Gheza C, Coda C, Elicer B. Literature review to identify standardized scales of assessment of suicidal risk in adults seen in primary health care. Med-wave [Internet]. 2018 [citado el 15 de enero de 2024];18(05):e7246-e7246. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2018.05.7246>
18. Pérez de Albéniz A, Fonseca-Pedrero E. Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala paykel de suicidio. Pap psicol [Internet]. 2020 [citado el 16 de enero de 2024];41(1):106-15. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0214-78232020000200106
19. Rueda-Jaimes GE, Castro-Rueda VA, Rangel-Martínez-Villalba AM, Moreno-Quijano C, Martínez-Salazar GA, Camacho PA. Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2018 [citado el 15 de enero de 2024];11(2):86-93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004>
20. Valiente Morejón W, Junco Sena B, Padrón Vega Y, Ramos Águila Y, Rodríguez Méndez A. Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores. Finlay [Internet]. 2018 [citado el 15 de enero de 2024];8(2):111-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200006&lng=es&tlng=es
21. De Alba SMC, Zamora MLC. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. Medicina [Internet]. 2019 [citado el 16 de enero de 2024];12(84):4947-52. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7054139>
22. Molina Linares II, Mora Marcial GR, Carvajal Herrera A, Marrero Salazar M, García Triana G. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en el adulto mayor. Medicentro (Villa Cl) [Internet]. 2020 [citado el 15 de enero de 2024];24(1):54-67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000100054&lng=es&tlng=es
23. Andrade Salazar JA, Lozano Sapuy LP, Rodríguez Romero A, Campos Ramírez JA. Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. Cultrua [Internet]. 2018 [citado el 16 de enero de 2024];13(1):70-89. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/2139>
24. Cardozo-Fernández OM, Aguilera-Gaona E, Ferreira-Gaona MI, Diaz-Reissner CV. Depression and associated risk factors in hospitalized geriatric patients. Mem Inst Investig Cienc Salud [Internet]. 2017 [citado el 16 de enero de 2024];15(1):48-56. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S1812-95282017000100048&script=sci_arttext&tlng=en
25. Aparicio Castillo YA, Blandón Rodríguez AM, Chaves Torres N-M. Alta prevalencia de dos o más intentos de suicidio asociados con ideación suicida y enfermedad mental en Colombia en 2016. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2020 [citado el 15 de enero de 2024];49(2):96-101. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745018300714>
26. Valdevila-Figueira JA, Ruiz-Barzola O, Orellana-Román C, Valdevila-Santesteban R, Fabelo-Roche JR, Iglesias-Moré S. Conducta suicida y dualidad en trastornos por consumo de sustancias en drogodependientes ecuatorianos. Rev inf cient [Internet]. 2021 [citado el 16 de enero de 2024];100(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332021000500003&lng=es&tlng=en
27. Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, et al. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. Addiction [Internet]. 2018 [citado el 16 de enero de 2024];113(10):1905-26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29749059/>
28. Lopez-Castroman J, Cerrato L, Beziat S, Jausset I, Guillaume S, Courtet P. Heavy tobacco dependence in suicide attempters making recurrent and medically serious attempts. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2016 [citado el 15 de enero de 2024];160:177-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.004>
29. Torrens M, Mestre-Pintó J-I, Montanari L, Vicente J, Domingo-Salvany A. Pato-logía dual: una perspectiva europea. Adicciones [Internet]. 2017 [citado el 16 de

- enero de 2024];29(1):3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28170050/>
30. Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis. *J Public Health (Oxf)* [Internet]. 2016 [citado el 16 de enero de 2024];38(3):e282–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26503486/>
 31. Vázquez López P, Armero Pedreira P, Martínez-Sánchez L, García Cruz JM, Bonet de Luna C, Notario Herrero F, et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2023 [citado el 15 de enero de 2024];98(3):204–12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403322002958>
 32. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, Pollak S, Fegert JM. Brown Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Dtsch Arztebl Int.* [Internet]. 2018 [citado el 15 de enero de 2024];115:23–30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366448/>
 33. Yard E, Radhakrishnan L, Ballesteros MF, Sheppard M, Gates A, Stein Z, et al. Emergency department visits for suspected suicide attempts among persons aged 12–25 years before and during the COVID-19 pandemic. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2021 [citado el 16 de enero de 2024];70(24):888–94. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7024e1.htm?s_cid=mm7024e1_w
 34. Pedreira JL. Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Rev psicopatol psicol clín* [Internet]. 2020 [citado el 15 de enero de 2024];24(3):217. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.26280>
 35. Gallego L, Barreiro Y Manuel de Santiago P, de Santiago M. Eutanasia y suicidio asistido en personas con enfermedad mental. *Cuad Bioet.* [Internet]. 2022 [citado el 15 de enero de 2024];33(108):157–78. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2022/33/108/157.pdf>
 36. Bertolín-Guillén M. Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* [Internet]. 2021 [citado el 15 de enero de 2024];41(140):51–67. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000200003>
 37. Martínez-Taboas A. Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Rev Caribena Psicol* [Internet]. 2020 [citado el 15 de enero de 2024];4(2):143–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37226/rcp.v4i2.4907>
 38. Brown S, Schuman DL. Suicide in the time of COVID-19: A perfect storm. *J Rural Health* [Internet]. 2021 [citado el 15 de enero de 2024];37(1):211–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jrh.12458>
 39. Ribot Reyes VDLC, Paredes C, Castillo N. Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Rev. Habanera de Cienc. Medicas* [Internet]. 2020 [citado el 15 de enero de 2024];19(1).
 40. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Esco-bar-Córdoba F. Consecuencias de la pandemia covid 19 en la salud mental asociadas al aislamiento social [Internet]. 2020 [citado el 15 de enero de 2024]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/scielopreprints.303>
 41. Iglesias-García C, Sáiz PA, Burón P, Sánchez-Lasheras F, Jiménez-Treviño L, Fernández-Artamendi S, et al. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2017 [citado el 15 de enero de 2024];10(2):70–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.04.005>
 42. Organización de Naciones Unidas. Informe de políticas: Covid-19 y la necesidad de actuar en relación con la salud mental. [Internet]. 2020 [citado el 15 de enero de 2024] Disponible en: <https://www.un.org/es/coronavirus/articulos/servicios-de-salud-mental-respuesta-gobiernos-Covid-19>
 43. Nekane B, Gómez B, Montesinos D, Gorostiaga A, Espada J, Padilla J, et al. Las consecuencias Psicológicas de la Covid-19 y el confinamiento. Informe de Investigación. *Rev UNED.* 2020 [citado el 15 de enero de 2024];8(14):5–10.
 44. Díaz AO. Jóvenes y adultos mayores, los más vulnerables al suicidio en pandemia, alertan. *Forbes México* [Internet]. 2020 [citado el 16 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/noticias-jovenes-adultos-mayores-vulnerables-suicidio-pandemia/>
 45. Benítez Camacho E. Suicidio: el impacto del Covid-19 en la salud mental. *Med Etica* [Internet]. 2021 [citado el 16 de enero de 2024];32(1):15–39. Disponible en: <https://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/469>
 46. Jerónimo MÁ, Piñar S, Samos P, González AM, Bell-solà M, Sabaté A, et al. Suicidal attempt and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic compared to previous years. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2021 [citado el 16 de enero de 2024]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>
 47. Herrejón Teodoro B, Arenas Jiménez MÁ. El abordaje de la conducta suicida. *Psicosomática y Psiquiatría* [Internet]. 2021 [citado el 17 de enero de 2024];(16). Disponible en: <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/390406>
 48. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Carmen Fernández Alonso M del, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 [citado el 16 de enero de 2024];50:83–108. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(18\)30364-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(18)30364-0)
 49. Gabilondo A. Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020. *Gac Sanit* [Internet]. 2020 [citado el 16 de enero de 2024];34:27–33. Disponible

- en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301400>
50. Campillo Serrano C, Fajardo-Dolci G. Prevención del suicidio y la conducta sui-cida. *Gac Med Mex* [Internet]. 2021 [citado el 16 de enero de 2024];157(5). Disponible en: https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=640
 51. Niederkrotenthaler T, Stack S, Till B, Sinyor M, Pirkis J, Garcia D, et al. Association of increased youth suicides in the United States with the release of 13 reasons why. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado el 16 de enero de 2024];76(9):933. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2734859>
 52. Villalobos-Galvis Fredy Hernán, Ceballos-Mora Ana Karen, Luna-Tascón Edwin Gerardo, Araujo-Rosero Lucely, Muñoz-Muñoz Diego Fernando, Solarte-Tobar Ma-ría Camila. Prevención de la conducta suicida en contextos escolares. Una revisión de los tipos de intervención. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2023 Jun [citado el 16 de enero de 2024]; 43(143): 217-236. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352023000100012&lng=es. Epub 31-Jul-2023. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352023000100012>.
 53. Martínez LFL. Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet. *Norte de Salud Mental* [Internet]. 2020 [citado el de enero de 2024];17(63):25–36. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7553715>