

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN
DE LA CONDUCTA SUICIDA
EN CASTILLA Y LEÓN

2021-2025



ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN
DE LA CONDUCTA SUICIDA
EN CASTILLA Y LEÓN
2021-2025

La presente publicación ha sido posible gracias a la colaboración de la
compañía farmacéutica JANSSEN-CILAG S.A.

© del texto: Gerencia Regional de Salud de Castilla y León
© de la edición: Junta de Castilla y León - Consejería de Sanidad -
Gerencia Regional de Salud de Castilla y León.

ISBN: 978-84-09-39872-0
Deposito Legal: DL VA 204-2022

Maquetación y diseño gráfico: La Casa Torcida.
Diseño de portada: Ernesto Mitre.

Primera edición: abril de 2022.

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)
Usted es libre de compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier
medio o formato. La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto
usted siga los términos de la licencia.



ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN
DE LA CONDUCTA SUICIDA
EN CASTILLA Y LEÓN
2021-2025



INTRODUCCIÓN 8

EPIDEMIOLOGÍA DE LA CONDUCTA SUICIDA 12

- 1.1 La conducta suicida en el mundo 13
- 1.2 La conducta suicida en España y en Castilla y León 16

FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA 28

- 2.1 Factores de riesgo 30
 - 2.1.1 Factores individuales 30
 - 2.1.2 Factores familiares y del entorno 33
- 2.2 Factores protectores 35

MARCO ESTRATÉGICO Y DE ATENCIÓN 38

- 3.1 Organización Mundial de la Salud 39
- 3.2 Unión Europea 40
- 3.3 Sistema Nacional de Salud y Sistemas de Salud Autonómicos 41
- 3.4 Castilla y León 44

ABORDAJE ACTUAL DE LA CONDUCTA SUICIDA EN CASTILLA Y LEÓN 48

4.1	Ámbito sanitario	47
4.2	Ámbito educativo	50
4.3	Ámbito de Servicios Sociales	51
4.4	Ámbito social	52

BASES Y DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA 54

5.1	Objetivos de la estrategia	55
5.2	Líneas Estratégicas	56
5.2.1	Medidas de prevención universal	57
5.2.2	Medidas de prevención selectiva (grupos vulnerables)	59
5.2.3	Medidas de prevención indicada	62
5.2.4	Vigilancia epidemiológica e investigación	64
5.2.5	Formación	66
5.3	Seguimiento e indicadores	68

ANEXOS 72

6.1	Relación de participantes	73
6.2	Entidades que han revisado la Estrategia	75
6.3	Acrónimos y abreviaturas	76
6.4	Índice de ilustraciones, gráficos y tablas	77
6.5	Bibliografía	79

INTRODUCCIÓN

En su informe mundial "Prevención del suicidio: un imperativo legal", del año 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el suicidio como un problema de alta prioridad para la salud pública, alentando a todos los países a desarrollar estrategias de prevención. En el Plan de Acción Sobre Salud Mental 2013-2020 (extendido hasta 2030), los Estados miembros de la OMS se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de mortalidad por suicidio en un 10% para el año 2030¹. Sin olvidar que la mortalidad por suicidio se incluye como un objetivo global de la agenda 2030, (indicador 3.4): Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar².

La Unión Europea también considera el suicidio un problema de salud al que hay que dar una respuesta prioritaria. De esta forma, en el año 2013 se impulsa la Acción Conjunta para la Salud Mental y el Bienestar (JA MH-WB) con la finalidad de establecer un marco para el desarrollo de políticas de salud mental en el ámbito europeo, que ayuden a promover la salud mental, la prevención de los trastornos y la mejora de la atención e inclusión social de las personas que padecen estas enfermedades. Para ello, se plantea un proceso de trabajo colaborativo entre los Estados miembros de la UE y se establecen 5 áreas de actuación, siendo una de ellas, el abordaje de la depresión y el suicidio, así como la implantación de enfoques en ciber salud³.

La OMS estima que alrededor de 700.000⁴ personas se suicidan cada año en el mundo, (en el año 2019 la tasa de mortalidad por suicidio a nivel mundial fue de 9/100.000 habitantes al año) o como expresa la OMS en su última campaña de sensibilización (2018): una muerte por suicidio en el mundo cada 40 segundos. Las tasas de suicidio varían ampliamente en los distintos países ya que dependen principalmente de la distribución de la población mundial y el nivel económico de cada país, así como de la metodología utilizada y la calidad de los registros de información. Los valores se extienden desde las tasas más bajas en países como Turquía, Grecia y Colombia con menos de 4 suicidios por

1 Ver: https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

2 Ver: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>

3 Ver: <https://mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action/>

4 En el informe de 2019, la OMS explica los cambios realizados en la metodología de las estimaciones de sus datos a nivel mundial, basados en el estudio GBD2019 (años 2000-2019). Por lo que las diferencias con datos previos publicados por la OMS no deben de ser interpretadas como cambios ni como tendencias.

100.000 habitantes, y con las más altas en países como Sudáfrica, Rusia, Corea del Sur y Lituania con más de 20 suicidios por 100.000 habitantes. La diferencia entre sexos es patente con una razón media estimada a nivel mundial de 2,3:1 razón que varía ampliamente entre países [1].

A nivel europeo, la tasa de mortalidad por suicidio en el año 2019, según la OMS, fue de 10,5 suicidios por cada 100.000 habitantes. Si se analizan las tasas por países en la región Europea, se observa que las tasas de mortalidad más bajas se presentan en Turquía, Grecia e Italia, mientras que las tasas más altas se observan en Rusia, Lituania y Letonia⁵.

En España, la Estrategia Nacional de Salud Mental (actualización 2009-2013) recoge las actuaciones concretas en el ámbito de prevención de suicidios divididas en 6 líneas estratégicas como la prevención, detección precoz y abordaje de la conducta suicida, la formación del personal sanitario y la coordinación intrainstitucional e interinstitucional, entre otras. Asimismo, el Ministerio de Sanidad está desarrollando el año 2021 la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental la cual recoge entre sus prioridades de actuación la prevención, detección precoz y atención al suicidio.

En el año 2019 se produjeron en España 3.671 suicidios (el 0,88% del total de 418.703 personas que fallecieron ese año), manteniéndose como primera causa de muerte externa, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). En este sentido, mientras que en el ámbito de otras causas externas de mortalidad, como los accidentes de tráfico en las últimas décadas se han llevado a cabo importantes campañas de sensibilización y prevención que han conseguido disminuir drásticamente su impacto, en el caso del suicidio no se ha abordado de igual forma su prevención. Aunque las tasas de suicidio anuales en nuestro país han mantenido una tendencia descendente desde el año 2000, es importante destacar que en el año 2013 se realizó un cambio en la metodología en la recogida de datos del INE, por lo que se debe tener en cuenta al interpretar esta tendencia.

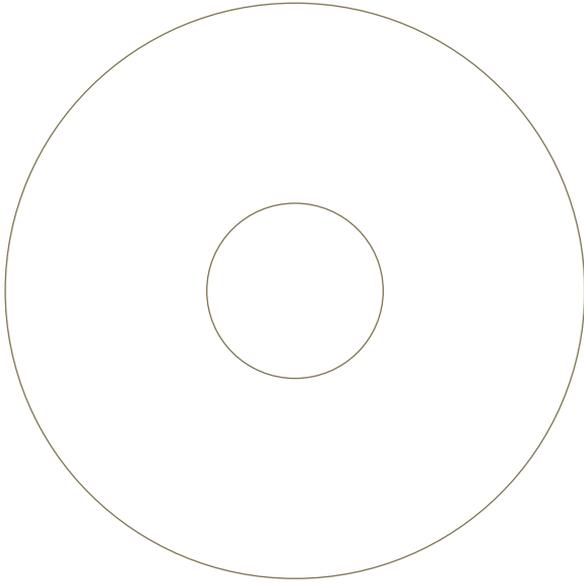
El IV Plan de Salud de Castilla y León señala el suicidio como la primera causa de mortalidad externa entre los hombres y formula entre las iniciativas a adoptar (Medida 269) el Desarrollo e implantación del proceso de atención a la conducta suicida. En su desarrollo, en 2017 se aprobó el Proceso de Prevención y atención a la conducta suicida con los objetivos de identificar a las

5 Ver: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-(per-100-000-population))

personas en riesgo de suicidio, disminuir sus tentativas, reducir la mortalidad por suicidio y asegurar la coordinación asistencial en su atención.

En Castilla y León, los casos de suicidio en el año 2019 ascendieron a 218 (165 en hombres y 53 en mujeres), representando el 0,76% de todas las defunciones (28.719). En el año 2018 las muertes por suicidio representaron un 0.73% del total. En cuanto a diferencias por sexo, se ha observado que el suicidio afectó tres veces más a hombres que a mujeres, teniendo la mayor incidencia en el grupo de mayores de 79 años.

En este contexto, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León considera necesario impulsar la presente Estrategia de Atención a la Conducta Suicida para mejorar su prevención y atención y favorecer la colaboración y coordinación tanto interinstitucional en los ámbitos de educación y servicios sociales, como con otros agentes como los medios de comunicación y las asociaciones de pacientes, entre otros.

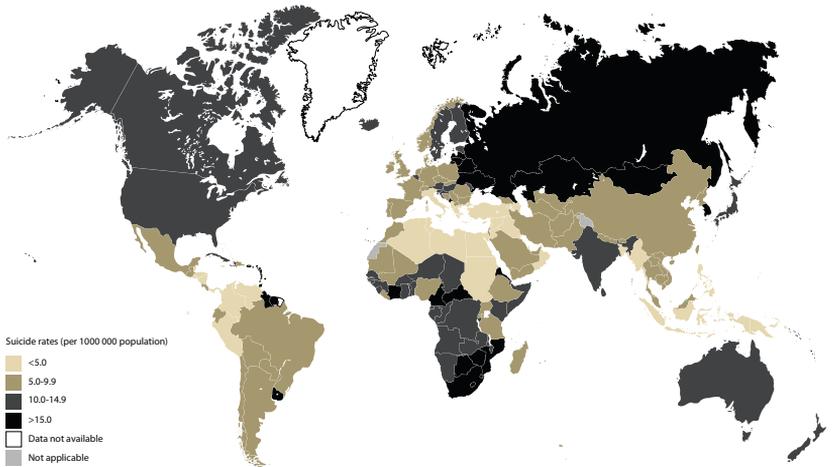


1.1 LA CONDUCTA SUICIDA EN EL MUNDO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cerca de 700.000 personas se quitan la vida al año en el mundo (Suicide worldwide in 2019). Además, se considera que por cada persona que se suicida existen más de 20 que han hecho uno o más intentos de suicidio [2].

La tasa de suicidios estandarizada por edad correspondiente a 2019 fue de 9 por 100.000 habitantes al año, existiendo una amplia variación entre países, con rangos que van desde menos de 5 a más de 80 suicidios por 100.000 habitantes [1].

Ilustración 1. Tasas de suicidio estandarizada anual por 100.000 habitantes, a nivel mundial. Año 2019.



Fuente: WHO (OMS). Global Health estimates 2000-2019 en Suicide worldwide in 2019.

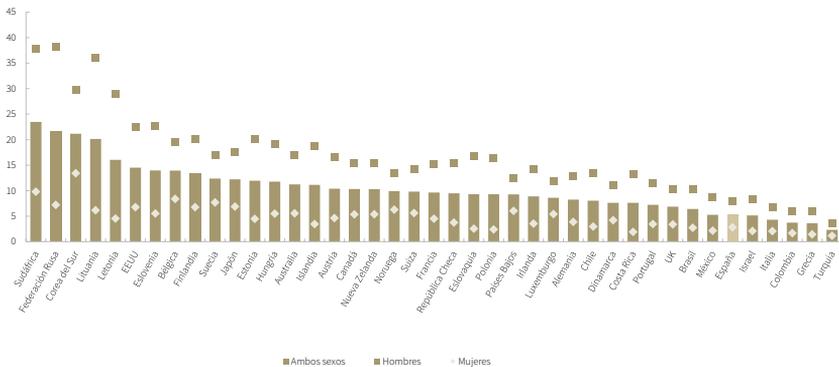
Las tasas de suicidio más bajas se observaron en la región del Este Mediterráneo (con 6,4 suicidios por 100.000 habitantes). En la región de Europa, la tasa de suicidio estandarizada por edad es de 10,5 por 100.000 habitantes, si bien la variabilidad es muy alta encontrando tasas más bajas en países como Turquía (2,3 por 100.000 habitantes) o Grecia (3,6 por 100.000 habitantes), hasta tasas muy elevadas como las de la Federación Rusa (con 21,6 suicidios por 100.000 habitantes, llegando a una tasa de 38,2 si se considera sólo los hombres) [1].

Lituania, Letonia y Eslovenia mantienen tasas elevadas con 20,2, 16,1 y 14,0 respectivamente. En España, la tasa de suicidio estandarizada en el año 2019 (según la OMS) fue de 5,3, con una tasa casi 3 veces superior en hombres (7,9) que en mujeres (2,8) [1].

El análisis del suicidio por razón de sexo, refleja que el número de intentos de suicidio realizado por mujeres es muy superior al de los hombres, sin embargo, el suicidio consumado es más alto en los hombres que en las mujeres [2], lo que se conoce como paradoja de género. Este hecho podría deberse a la mayor letalidad de los métodos de suicidio empleados por los hombres [3].

De esta forma, la tasa de suicidio estandarizada por edad es mayor en hombres que en mujeres (2,3 veces superior a nivel mundial). Esta diferencia en la tasa de suicidios por razón del sexo, presenta una gran variabilidad entre los diferentes países, si bien es más acusada en los países con ingresos más altos, siendo menor en los países de ingresos medios y bajos [1].

Gráfico 1. Tasas de suicidio estandarizadas por edad por 100.000 habitantes. 2019.

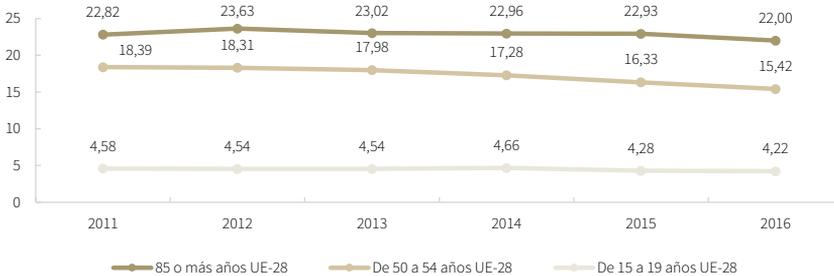


el grupo de edad de 15 a 29 años (por sexos: la tercera en hombres y la cuarta en mujeres) y en el grupo de 15 a 19 años (en este caso es la tercera causa en mujeres y la cuarta en hombres) [1].

Los datos de Eurostat correspondientes a la evolución de la tasa bruta de suicidio por grupos de edad para los países de la UE-28, reflejan que a medida que aumenta la edad del grupo considerado se incrementa la tasa bruta de suicidios. Así, en el año 2016, la tasa bruta de suicidios fue de 4,22 para las personas de entre 15 a 19 años, de 15,42 para la franja de edad de entre 50 a 54 años y de 22,00 en la franja de 85 o más años.

Por grupos de edad, la evolución de los suicidios en Europa se ha mantenido prácticamente constante en las franjas de 15 a 19 y de 85 o más años, mientras que en el grupo de 50 a 54 años se observa una disminución significativa de la tasa bruta de suicidios, que desciende de 18,39 en el año 2011 a 15,42 en el año 2016.

Gráfico 2. Tasa bruta de suicidios por grupos de edad por 100.000 habitantes en la UE-28. 2011-2016.



Fuente: Eurostat. Tasa bruta de suicidios por grupos de edad.

Respecto al método elegido, la OMS estima que alrededor de un 20% de todos los suicidios se cometen por autointoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos tiene lugar en zonas rurales agrícolas de países de ingresos bajos y medianos. Otros métodos comunes de suicidio son el ahorcamiento y las armas de fuego. En nuestro medio, y debido a razones de índole cultural y a la limitación en el acceso a los plaguicidas y a las armas de fuego, el ahorcamiento sería el primer método elegido seguido de la precipitación.

En el análisis comparado de tasas estandarizadas entre países a nivel mundial se debe de hacer con precaución y teniendo siempre en perspectiva las diferentes metodologías utilizadas para la recogida de datos, así como la posible

estigmatización cultural que aún suponga el suicidio en muchas sociedades, lo que puede llevar a que los datos no tengan la misma precisión (en la mayoría de los casos por una infraestimación de éstos).

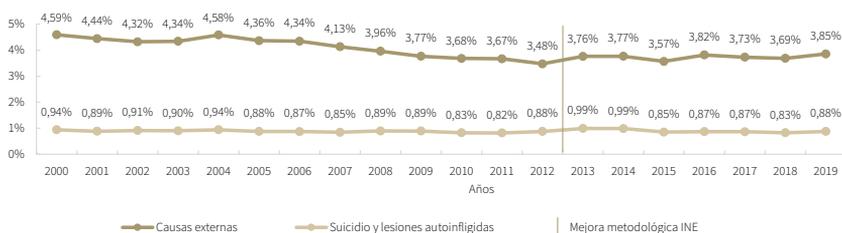
1.2 LA CONDUCTA SUICIDA EN ESPAÑA Y EN CASTILLA Y LEÓN

España

En las últimas décadas, de acuerdo a la estadística de Defunciones según causa de muerte del INE, la mortalidad por causas externas (accidentes, caídas, agresiones, suicidios, homicidios) ha disminuido con relación al total de fallecimientos. En el análisis de esta estadística, debe de tenerse en cuenta que, en el año 2013, el INE introdujo una mejora metodológica en la misma que supone una mejor asignación del número de fallecidos a las causas externas específicas.

En España, la mortalidad por suicidio se mantiene como primera causa de muerte externa. En el periodo del año 2013 al 2019, el número de muertes debidas a causas externas ha crecido en 1.463 casos, pasando de representar el 3,76% de las muertes en el año 2013 al 3,85% en el 2019. En cambio, el número de suicidios en España durante este periodo decrece, siendo en el año 2013 de 3.870 casos frente al año 2019 de 3.671, lo que ha supuesto un menor peso en el total de fallecimientos, pasando del 0,99% y al 0,88%, respectivamente.

Gráfico 3. Evolución del peso de causas externas de fallecimiento y de suicidio en el total de fallecimientos en España. 2000-2019

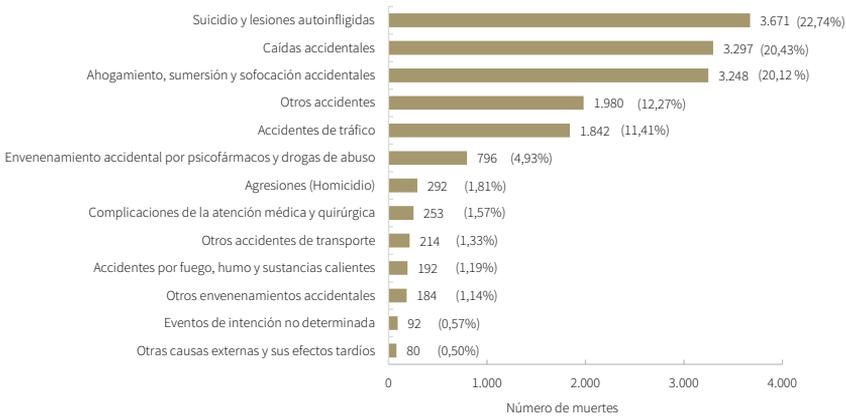


Nota: En el año 2013, el INE ha introducido una mejora metodológica en el proceso de la estadística de defunciones según causa de muerte, que ha permitido asignar de forma más precisa la causa de defunción en las muertes con intervención judicial. De esta forma, defunciones que estaban asignadas a causas mal definidas han sido reasignadas a causas externas específicas.

Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.

En el año 2019 se produjeron en España un total de 16.141 fallecimientos debidos a causas externas, de ellos, 3.671 fueron debidos a suicidios o lesiones autoinfligidas, representando el 22,74%. Le siguen las caídas accidentales (20,43%), el ahogamiento, sumersión y sofocación accidental (20,12%), y otros accidentes (12,27%), con los accidentes de tráfico apareciendo en quinto lugar (11,41%). Así, el suicidio supone 1,99 veces las víctimas mortales producidas por los accidentes de tráfico y 12,57 veces las provocadas por homicidios. Además, debe tenerse en cuenta que bajo otras causas externas accidentales (ahogamientos y envenenamientos, caídas u otros accidentes) pueden ocultarse muertes por suicidio que, por distintos motivos, no son asignadas a esta causa, tal y como refleja el Observatorio del Suicidio en España, en su informe de Suicidios España 2018.

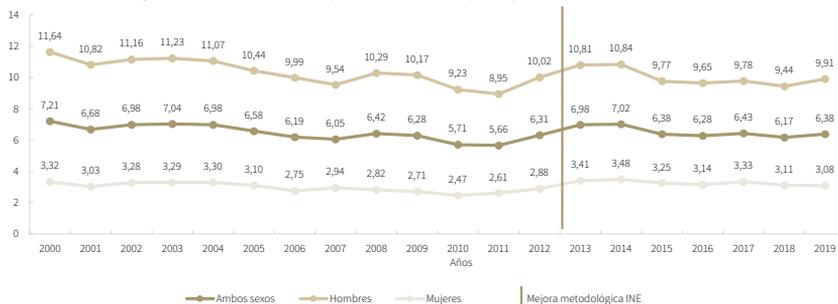
Gráfico 4. Muertes por causas externas en España. 2019.



Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.

La evolución de las tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en los últimos años experimenta un ligero descenso neto, pero no de forma estable (ya que se producen incrementos en los años 2014, 2017 y 2019). En este sentido, la tasa ajustada de mortalidad por suicidio de los hombres disminuye de 10,81 en el año 2013 a 9,91 en el año 2019, lo que representa una reducción del 8,29%. En el caso de las mujeres, la tasa en el año 2013 era de 3,41 frente a la del año 2019, de 3,08, produciéndose un descenso de un 9,53%.

Gráfico 5. Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en España por 100.000 habitantes 2000-2019.

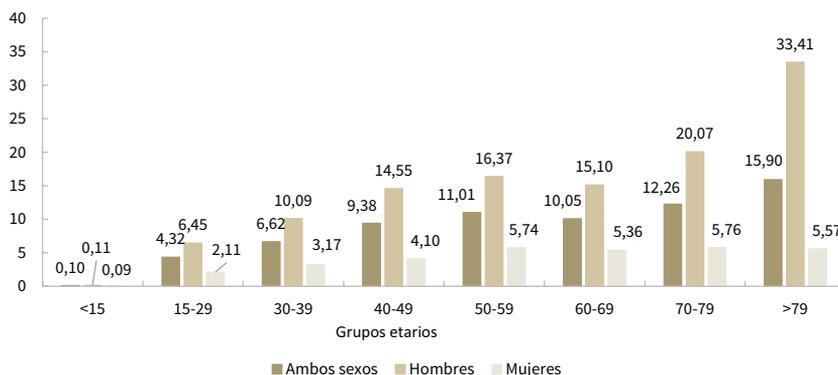


Nota: En el gráfico se señala la mejora metodológica incluida por el INE en el año 2013 con relación a la estadística de defunciones según causa de muerte. Asimismo, dentro de la CIE-10 el suicidio se clasifica como lesiones autoinfligidas intencionalmente con los códigos X60-X84, enmarcándose dentro de las causas externas de mortalidad.

Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte en Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

El análisis de las tasas brutas de suicidio refleja que las tasas se incrementan de forma significativa con la edad, en mayor medida en el caso de los hombres, sobre todo a partir de los 79 años, si bien el número máximo de suicidios en valores absolutos se sitúa en la franja etaria comprendida entre los 40 y los 59 años.

Gráfico 6. Tasas brutas de suicidios por tramos de edad y sexo en España por 100.000 habitantes. 2019.



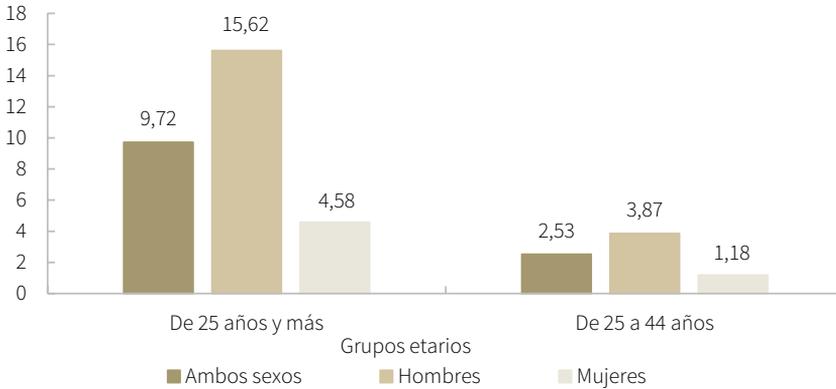
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Defunciones según causa de muerte, y población residente por sexo y edad a 1 de enero de 2019.

Las tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio en el año 2019 en España reflejan que para toda la población mayor de 25 años la tasa de suicidio es de

9,72, mientras que para el segmento de edad de entre 25 y 44 años es de 2,53, lo que evidencia unas tasas de suicidio mucho más elevadas en la población mayor de 44 años.

Por sexo, la proporcionalidad entre las tasas de suicidio es similar entre los tramos de edad considerados.

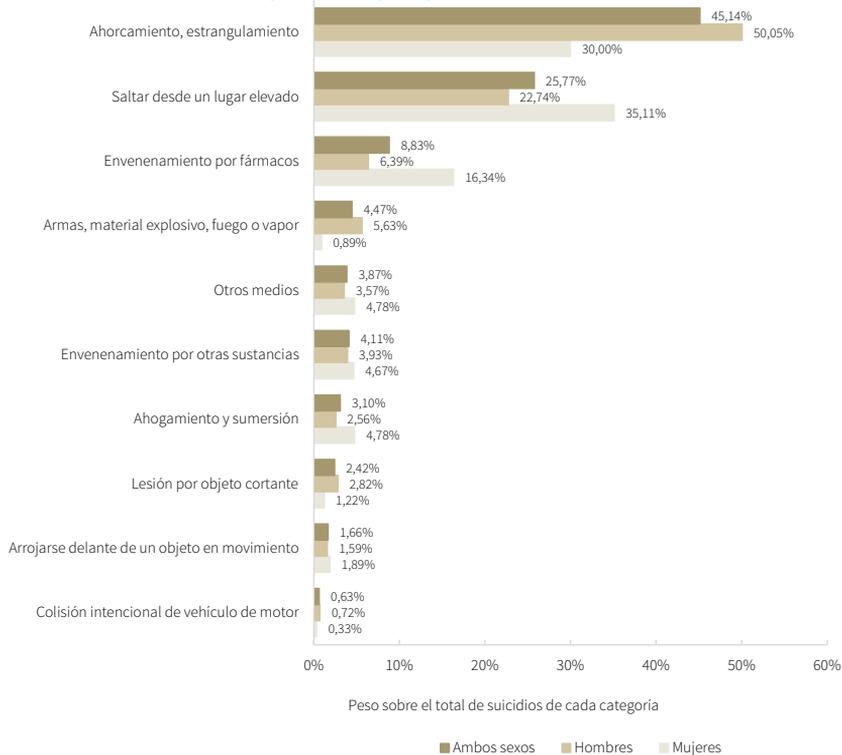
Gráfico 7. Tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio por tramos de edad y sexo en España por 100.000 habitantes. 2019.



Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.

En relación con los medios empleados para consumir el suicidio, el ahorcamiento es el método utilizado en casi la mitad de los suicidios (45,14%), seguido de saltar desde un lugar elevado (25,77%). Existen diferencias en la predilección del método en función del sexo de la persona. De esta forma, los hombres eligen más el ahorcamiento (50,05%), seguido de la precipitación (22,74%), mientras que las mujeres, invierten este orden, ya que el más frecuente es saltar desde un lugar elevado (35,11%), seguido del ahorcamiento (30,00%). Otras diferencias en la elección del método según el sexo es el envenenamiento por fármacos, que es más utilizado por las mujeres (16,34%), mientras que el uso de las armas de fuego, material explosivo, fuego o vapor, lo es por los hombres (5,63%).

Gráfico 8. Métodos de suicidio empleados en España, por sexo. 2019.



Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.

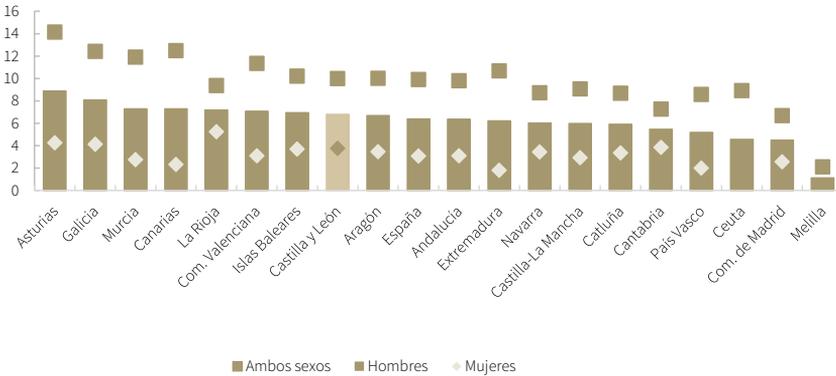
El lugar en el que más suicidios ocurren es la vivienda particular de la propia víctima, lo cual se debe a una serie de condicionantes, como una mayor seguridad de la víctima y la escasa posibilidad de impedimento en comparación a un lugar público [4, 5].

En un análisis comparado de las tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en las diferentes comunidades autónomas se observa que Castilla y León presenta una tasa ajustada de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes de 6,79, ligeramente superior a la media de España, de 6,38, y ello a pesar de ser una de las comunidades autónomas con mayor envejecimiento de la población, factor que incide en un mayor riesgo de suicidio.

En el caso de Asturias y Galicia que tienen los mayores índices de envejecimiento presentan las tasas de suicidio más elevadas.

Existen diferencias por sexo en las tasas ajustadas de mortalidad por suicidio, tanto a nivel nacional, como en todas las comunidades autónomas, presentando en todos los casos los hombres una tasa superior de suicidio respecto de la tasa de las mujeres. A nivel nacional, en el año 2019 la tasa ajustada de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes correspondiente a los hombres fue de 9,91, casi tres veces mayor que la tasa de las mujeres que fue de 3,08. A su vez, en Castilla y León ambas tasas fueron ligeramente superiores al total nacional, de 9,98 la de los hombres y de 3,75 la de las mujeres.

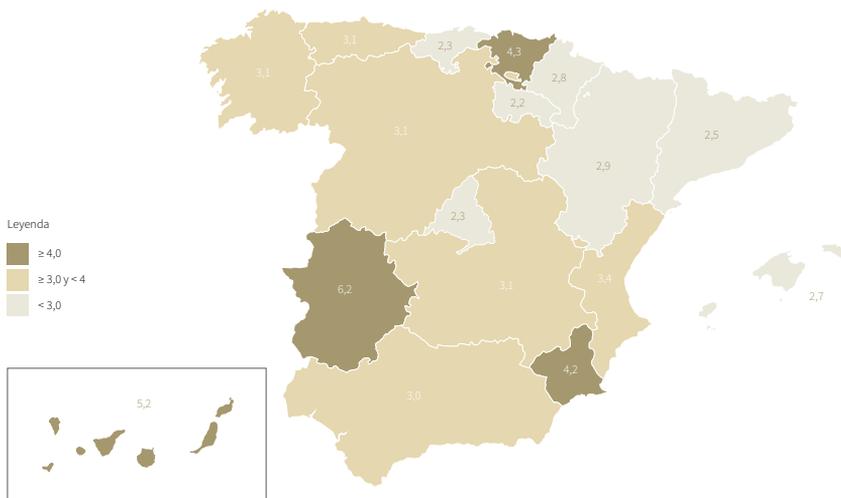
Gráfico 9. Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en España y CCAA por 100.000 habitantes. 2019.



Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte en Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

A nivel nacional, la ratio de suicidios hombre/mujer indicaba que la tasa de suicidios en los hombres era 3,1 veces mayor que la de las mujeres. Castilla y León, junto con otras comunidades como Asturias, Castilla-La Mancha, Galicia y Andalucía se encuentran aproximadamente en una ratio de suicidios hombre/mujer similar a la del conjunto del país. Las comunidades en las que proporcionalmente la tasa de suicidios en los hombres es mucho más elevada que en las mujeres son Extremadura, Canarias, País Vasco y Murcia.

Ilustración 2. Ratio de suicidios hombres/mujeres. 2019.



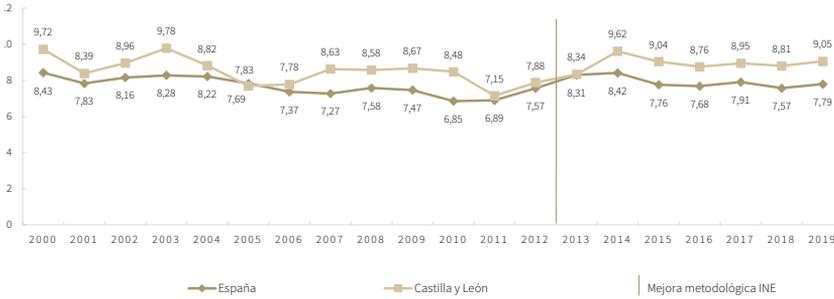
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Defunciones según causa de muerte y población residente.

Castilla y León

Según datos registrados en el INE, en el año 2019, en Castilla y León se produjeron 218 suicidios, de los que 165 fueron llevados a cabo por hombres y 53 por mujeres. La tasa bruta anual de suicidios fue de 9,05 por 100.000 habitantes, mientras que la tasa ajustada, que elimina las diferencias estructurales por edades de las poblaciones, fue menor, de 6,79.

En las últimas décadas, la tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes en Castilla y León se ha mantenido, en general, por encima de la media española, siendo la diferencia entre ambas tasas en los últimos 6 años superior a un punto.

Gráfico 10. Tasas brutas de suicidios por 100.000 habitantes en Castilla y León y España. 2000-2019.

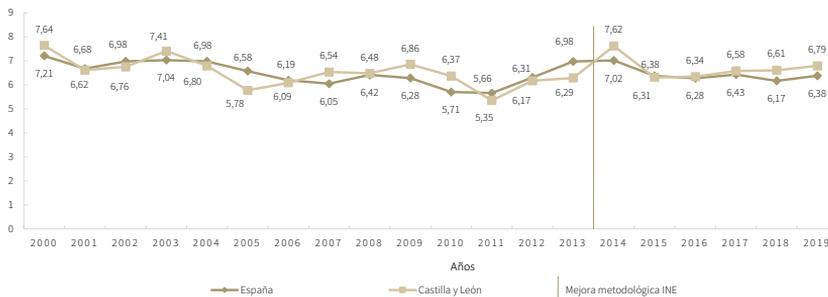


Fuente: Elaboración propia de la tasa de Castilla y León a partir de datos del INE. Defunciones según causa de muerte.

El análisis de las tasas brutas sugiere que la mortalidad por suicidio es mayor en Castilla y León que en España, sin embargo, las tasas ajustadas ponen de manifiesto que esa diferencia es mucho menor. Algo previsible teniendo en cuenta el mayor grado de envejecimiento de la Comunidad y el hecho de que el suicidio es más frecuente en los grupos de población de mayor edad.

En las últimas décadas, el comportamiento de la tasa ajustada de mortalidad por suicidio en Castilla y León ha sido muy semejante al de la media española, alcanzando valores muy similares en estos últimos años. No obstante, en el análisis de las tasas se debe de tener en cuenta que en Castilla y León la evolución de la población mantiene una tendencia descendente de forma sostenida desde el año 2010.

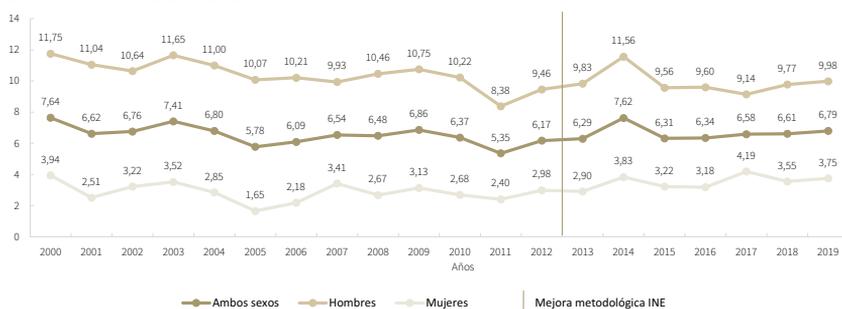
Gráfico 11. Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en España y Castilla y León por 100.000 habitantes. 2000-2019.



Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte en Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

La evolución de las tasas ajustadas de varones y de mujeres en las últimas décadas no es muy distinta, ligeramente descendente en el caso de los varones y discretamente ascendente en el de las mujeres.

Gráfico 12. Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en Castilla y León por sexo y ambos sexos por 100.000 habitantes. 2000-2019.



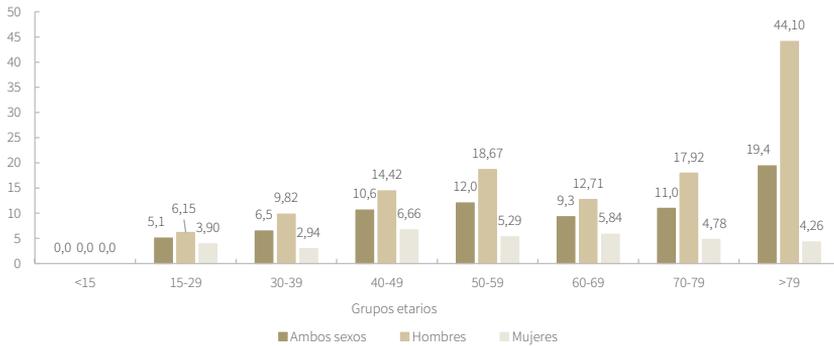
Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte en Ministerio de Sanidad. Subdirección General de Información Sanitaria. Mortalidad por causa de muerte.

La comparación de las tasas brutas de suicidio por rango de edad y sexo en Castilla y León refleja que en el caso de los hombres a partir de los 79 años, se incrementa significativamente el riesgo de suicidio, siendo la tasa para este tramo de edad de 44,10 por 100.000 habitantes.

En el caso, de las mujeres, la tasa bruta de suicidios no experimenta variaciones significativas por rango de edad, presentando valores más estables. El segmento de mujeres con edades comprendidas, entre 40 y 49 años, es el que muestra la tasa más elevada, de 6,66.

Los tramos de edad más jóvenes presentan las menores tasas brutas de suicidio. Además, el grupo de edad de entre 15 y 29 años, presenta las menores diferencias entre las tasas brutas de suicidio por razón de sexo.

Gráfico 13. Tasas brutas de suicidios por tramos de edad y sexo por 100.000 habitantes en Castilla y León. 2019.

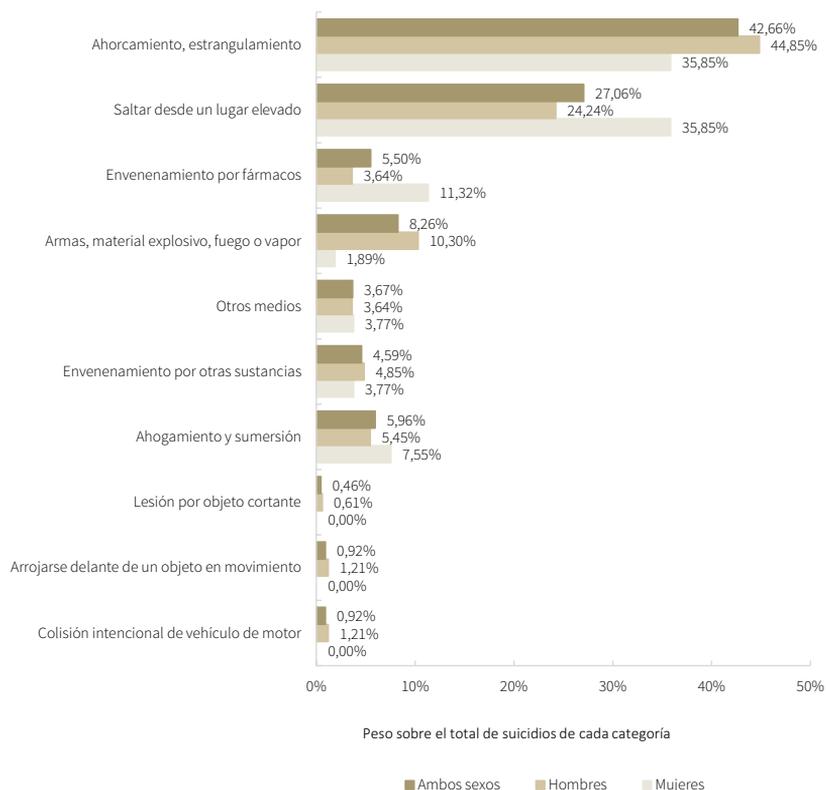


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Defunciones según causa de muerte, y población residente por sexo y edad a 1 de enero de 2019.

Los medios empleados en Castilla y León con mayor frecuencia para llevar a cabo los suicidios son el ahorcamiento (42,66%), saltar desde un lugar elevado (27,06%), y ahogamiento y sumersión (5,96%). El método más utilizado por los hombres para suicidarse es, de forma significativa, el ahorcamiento o estrangulamiento con el 44,85%, mientras que en el caso de las mujeres utilizan tanto este método como saltar desde un lugar elevado en el mismo porcentaje, el 35,85%.

El ahorcamiento es un método accesible y de difícil restricción, que se puede llevar a cabo con una cierta diversidad de objetos, con lo cual resulta difícil limitar el acceso al mismo [4, 6]. Según un estudio realizado en el área de Valladolid se considera que la ahorcadura es el método más utilizado por ambos sexos y en el ámbito rural [7]. Por otro lado, la precipitación desde un lugar elevado es más común en los núcleos urbanos, debido a las características arquitectónicas de las ciudades.

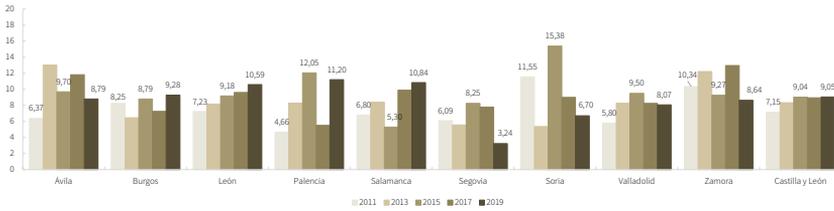
Gráfico 14. Métodos de suicidio empleados en Castilla y León, por sexo. 2019.



Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.

La evolución de las tasas de suicidio a nivel provincial refleja en algunos casos cierta variabilidad dentro de una misma provincia, siendo las provincias de Ávila, Palencia, Salamanca, Segovia y Soria las que presentan variaciones más significativas. Igualmente, las provincias de Ávila, Soria y Zamora son las que durante el periodo de tiempo considerado alcanzan las tasas más elevadas.

Gráfico 15. Tasas brutas de suicidio por provincia, por 100.000 hab. Años 2011, 2013, 2015, 2017 y 2019.

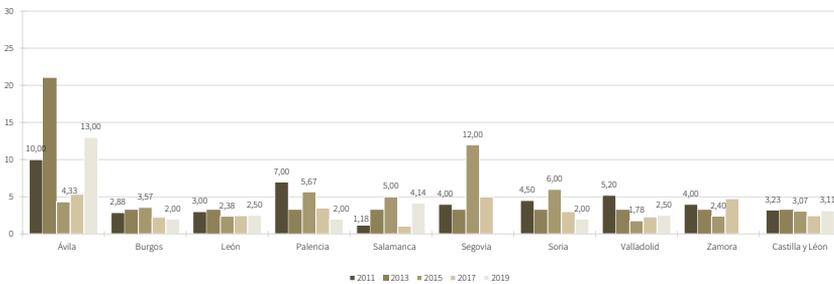


Nota: Se debe de tener en cuenta las limitaciones existentes en la comparación de los datos debido a que las tasas brutas no se encuentran ajustadas por edad.

Fuente: INE. Defunciones según causa de muerte.

La ratio de suicidios entre hombres y mujeres en el año 2019 fue de 3,1, siendo la tasa bruta de suicidios correspondiente a los hombres de 13,88 por 100.000 habitantes y de 4,35 para las mujeres (9,98 y 3,75 respectivamente la tasa ajustada). A nivel provincial, se observa cierta variabilidad en este indicador entre un año y otro, siendo las provincias de Burgos y León las que presentan datos más estables.

Gráfico 16. Ratio de suicidios hombres/mujeres en las provincias de Castilla y León Años 2011, 2013, 2015, 2017 y 2019.



Nota: En el año 2019 en Segovia y Zamora no se suicidó ninguna mujer, por lo que no es posible el cálculo de la tasa. Asimismo, en las provincias de Ávila (años 2011, 2012 y 2019), Segovia (Años 2013 y 2015) y Soria (año 2013) el número de mujeres que se ha suicidado ha sido de 1, lo que justifica las ratios tan elevadas en esos años.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Defunciones según causa de muerte y población residente.

2

FACTORES
ASOCIADOS A LA
CONDUCTA SUICIDA

Al analizar los factores de riesgo y los de protección frente a la conducta suicida, la OMS comienza desmintiendo uno de los mitos existentes sobre el suicidio: “La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa”, para, a continuación, constatar estos hechos: “La mayoría de los suicidios han sido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Desde luego, algunos suicidios se cometen sin advertencia previa. Pero es importante conocer los signos de alarma y tenerlos presentes”

La identificación de factores de riesgo y su mitigación, constituye, junto al fortalecimiento de los factores protectores, la base de cualquier estrategia de prevención del suicidio. La complejidad de los comportamientos suicidas nos permite afirmar que ninguna causa o acontecimiento es suficiente para explicar un acto suicida; pero también sabemos que los factores de riesgo actúan acumulativamente para incrementar la vulnerabilidad de las personas a la conducta suicida. Por otra parte, la presencia de factores de riesgo no conduce necesariamente a comportamientos suicidas.

Las actuaciones para la prevención del suicidio se orientan al control de los factores de riesgo, pero tanto o más importante es favorecer e incrementar los factores de protección contra el comportamiento suicida. Todo ello conduce a la necesidad de valorar factores de riesgo y factores protectores en el contexto en el que se producen.

El Ministerio de Sanidad, en su Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud [8], destaca que los registros de las tentativas de suicidio en los hospitales presentaban una elevada variabilidad entre las Comunidades Autónomas (CCAA) y una tasa para el conjunto del SNS reducida (11 altas por 100.000 habitantes), lo que reflejaba la diferencia de criterios a la hora de su registro y codificación, pudiendo existir casos de infra-registro en las historias clínicas y/o infra-codificación de los mismos. Asimismo, podría existir una infra-codificación en los datos del INE en comparación con el uso de fuentes forenses [9].

Con respecto a las autolesiones identificadas como altas hospitalarias en el registro de altas hospitalarias en España [8], en que consta la existencia de una autolesión, y excluyendo los casos de fallecimiento, la incidencia en 2007 fue de 11% (10% en los hombres y 12% en las mujeres).

En estudios de población general realizados en España [8] se encontró una prevalencia de ideas y planes de suicidio del 4,4% y del 1,5% de tentativas de suicidio, este último dato más frecuente en mujeres jóvenes y con bajo nivel educativo.

2.1 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son aquellos aspectos que pueden favorecer el incremento de comportamientos suicidas, desde la ideación, la tentativa y el suicidio. Estos factores están relacionados con el entorno y aspectos familiares, así como con aspectos individuales de la propia persona. La conducta suicida es compleja, multidimensional y existen una gran variedad de variables y causas que la pueden motivar. En la mayor parte de las veces, el comportamiento suicida se debe a la acumulación de diferentes factores de riesgo que condicionan una mayor vulnerabilidad de las personas hacia las tendencias suicidas si bien la exposición de los individuos a varios factores de riesgo no implica necesariamente que se desencadene una conducta suicida.

La identificación de los factores de riesgo de suicidio permite el diseño y desarrollo de intervenciones orientadas a minimizar en la medida de lo posible dichos riesgos.

2.1.1 FACTORES INDIVIDUALES

El indicador de mayor riesgo para un futuro suicidio es el de intento o intentos previos. Se estima que durante los seis primeros meses e incluso durante el primer año después del intento, el riesgo aumenta entre 20 y 30 veces [10], y que la población con mayor riesgo de suicidio consumado por tentativas previas es el de las personas mayores. Además, se considera que el 80% de los que realizaron un suicidio consumado lo habían avisado previamente, el 50% de los suicidas habían comunicado esta ideación a un médico en el mes anterior y el 25% de ellos acudieron a una consulta médica en la semana previa [11].

Otros factores de riesgo individuales significativos son el dolor crónico y la discapacidad. De esta forma, se considera que las personas que padecen dolor crónico con relación a la población general presentan de 2 a 3 veces más comportamientos suicidas [12, 13]. Por lo general, aquellas patologías que conllevan una discapacidad física o un dolor asociado, entre otros aspectos, suponen un mayor riesgo de suicidio [2]

También es clara la asociación entre suicidio y la presencia de trastornos mentales. Según la OMS [2] se estima que el riesgo de suicidio de por vida es de un

4% en pacientes con trastornos del estado de ánimo, de un 7% entre las personas que presentan dependencia del alcohol, de un 8% entre las personas que padecen trastorno bipolar y de un 5% entre aquellas que tienen esquizofrenia. El riesgo de comportamientos suicidas aumenta con la comorbilidad, las personas con más de un trastorno mental tienen riesgos significativamente mayores.

Asimismo, los estudios de autopsia psicológica reflejan que aproximadamente hasta el 90% de las personas que llegan a consumar el suicidio presentan uno o más trastornos psiquiátricos [14], y de éstos entre un 30 y un 70% estaban deprimidos [15]. Así pues, el suicidio es un grave problema de salud pública susceptible de prevención. Las actuaciones hacen necesarios abordajes globales y multidimensionales, teniendo siempre presente que no todos los suicidios son susceptibles de ser evitados, el objetivo principal es reducir su número al mínimo posible [14, 16, 17, 18, 19, 20].

Entre los factores individuales asociados a la conducta suicida se pueden encontrar varias clasificaciones, algunas aplican al plano de la salud (ya sea mental o física), al aspecto psicológico y/o a aspectos biológicos como se ha expuesto anteriormente [18].

Tabla 1. Factores de riesgo individuales

Factores de riesgo individuales	
Salud Física	
Enfermedad física limitante o dolor crónico	Autolesiones
Cambios en la alimentación o el sueño	Abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol y/o drogas.
Salud Mental	
Autoabandono	Conducta antisocial
Cambios repentinos en patrones de personalidad y comportamiento	Alto nivel de autoexigencia personal, como el perfeccionismo
Trastornos mentales	
Psicológicos y rasgos de la personalidad	
Desesperanza	Agresividad
Rigidez cognitiva	Aislamiento social y familiar
Impulsividad	Ansiedad
Baja autoestima o sentimientos de fracaso personal	Problemas de comunicación o habilidades sociales

Factores de riesgo individuales	
Conducta suicida	
Intento de suicidio, con un incremento significativo del riesgo a más número de intentos, mayor gravedad de los intentos previos o alto grado de ocultación.	Pensamientos de suicidio
Biológicos	
Sexo	Edad

Fuente: Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005.

En relación con la edad, tanto la adolescencia como la edad avanzada son los momentos con mayor riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida. Una tendencia alarmante es el aumento de las tasas de suicidio en los grupos poblacionales más jóvenes, provocando que el suicidio haya llegado a ser una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos [14]. De hecho, según los datos del INE, en el año 2019 el suicidio constituyó la primera causa de muerte en mujeres de entre 15 y 29 años y la segunda causa en hombres del mismo grupo etario. Ese mismo año, el 45,4% de las personas que se suicidaron en Castilla y León tenía 60 o más años. Es este grupo poblacional, el empeoramiento de la salud y de las capacidades cognitivas, la viudedad y la ruralidad podrían ser los desencadenantes del incremento de la tasa de suicidios [3, 21, 22].

Según la OMS [2], en el suicidio se produce la paradoja de género, ya que los hombres presentan mayores tasas de suicidio, mientras que las mujeres llevan a cabo un mayor número de tentativas. En España, y en Castilla y León, los datos del INE muestran que la tasa de suicidios en hombres es casi tres veces más que la de mujeres.

2.1.2 FACTORES FAMILIARES Y DEL ENTORNO

Además de los factores de riesgo individuales expuestos anteriormente, se encuentran aquellos ajenos al individuo y que se clasifican en Familiares y del Entorno. El conocimiento de dichos factores de riesgo y su adhesión en las evaluaciones clínicas resulta importante por cuanto permite optimizar el manejo del riesgo [23].

Tabla 2. Factores de riesgo familiares y del entorno

Factores de riesgo familiares y del entorno	
Familiares	
Historia familiar de suicidio	Historial de problemas mentales en la familia
Pérdidas personales recientes como ruptura sentimental, divorcio, viudedad, muerte de un ser querido	Abuso de drogas en la familia
Exposición a violencia, situaciones traumáticas o abusos	Discordancia en las relaciones de pareja, con iguales o entre padres e hijos
Ausencia o pérdida de apoyo social o familiar	Víctimas de abusos sexuales en la familia
Adolescentes en familias con padres divorciados	
Entorno	
Barreras en el acceso al sistema de salud	Aislamiento y rechazo social debido a la identidad sexual, la raza o la religión.
Estigma o barreras culturales que dificultan la búsqueda de ayuda	Elevada exigencia académica
Problemas legales	Estigmatización de la conducta suicida
Pérdida del estatus económico, por problemas financieros o pérdida de trabajo	Bajo nivel socio-económico
Acoso escolar, Bullying y/o Cyberbullying	Privación de libertad en adultos y menores que conllevan a conductas autolíticas

Nota: listado no exhaustivo.

Fuente: Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. Soc Sci Med. 2011

En el caso de la población adolescente, existen cambios en el comportamiento que pueden ser interpretados como signos de alerta, tales como: una drástica disminución del rendimiento escolar, aparición de síntomas de ansiedad poco frecuentes, existencia de problemas psicosomáticos, modificación en los hábitos de sueño y/o alimentación, problemas para mantener la concentración, aparición de síntomas de depresión, cambios en el estado de ánimo, presencia de adicciones a drogas y alcohol [24, 25, 26, 27, 28].

Asimismo, entre los factores familiares que pueden condicionar la conducta suicida en los adolescentes, cabe destacar los siguientes: un entorno familiar desestructurado, con padres separados o divorciados y con antecedentes de suicidio, problemas de salud mental -generalmente depresión en alguno de los progenitores-, consumo abusivo de drogas en el entorno familiar y relaciones conflictivas con sus progenitores [28].

Factores precipitantes

Los factores precipitantes son aquellos que podrían provocar la activación de una crisis suicida, sobre todo en personas que presentan otros factores de riesgo. Se corresponden con la presencia de psicopatología (depresión, psicosis, trastorno bipolar en especial en determinados momentos de la enfermedad, en especial cuando se asocia a depresión y desesperanza), acontecimientos vitales y enfermedades físicas, uso activo de sustancias y desinhibición [28]. Algunos de estos factores son comunes en los distintos grupos de edad (tales como tensiones en las relaciones interpersonales) y otros son más frecuentes en algunas etapas de la vida (por ejemplo el aislamiento social en ancianos y adolescentes) [10].

Algunos modelos recientes plantean una sistemática distinta en la clasificación de los factores de riesgo: “El riesgo de suicidio está modulado por una serie de factores tanto a nivel de la población como individual:

- Factores demográficos, relacionados con la cohesión social, que incluyen cambios a gran escala en la estructura social, presiones sociales como la agitación económica y el aislamiento social de individuos o grupos de individuos.
- Factores ambientales, que podrían afectar el riesgo de suicidio de un individuo e incluyen la representación del suicidio en los medios de comunica-

ción, la accesibilidad de medios letales de suicidio y las dificultades para acceder a la atención médica adecuada.

- Factores de riesgo individuales, que se pueden agrupar en:
 - factores distales (o predisponentes)
 - factores de desarrollo (o de mediación)
 - factores proximales (o precipitantes)

Muchos de estos factores interactúan para contribuir al riesgo de desarrollar conductas suicidas” [28].

2.2 FACTORES PROTECTORES

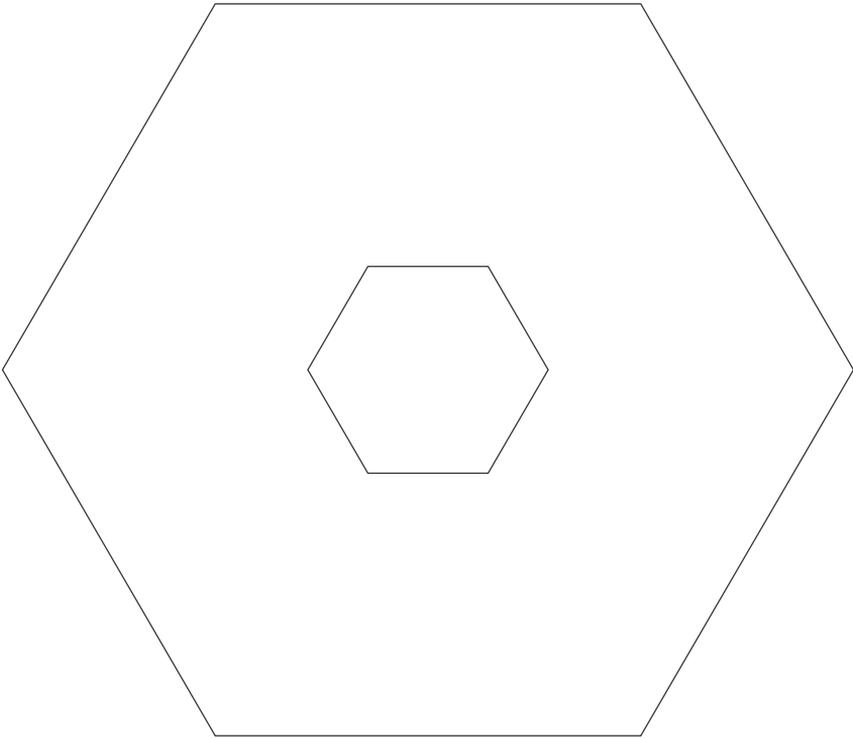
Los factores protectores son aquellos que protegen a las personas y disminuyen la probabilidad de una conducta suicida en presencia de factores de riesgo. Los factores protectores pueden actuar de dos formas ante diferentes factores de riesgo, ya sea contrarrestando el impacto que puedan provocar o bien actuando de forma protectora ante ellos. Por ello, es importante que las estrategias de prevención tengan en cuenta la potenciación y promoción de estos factores.

Algunos de los factores protectores están relacionados con características psicológicas (Factores Personales) y otros en cambio con aspectos del entorno de la persona (Factores Sociales y de Entorno), también conocidos como externos [29]. Dentro de los factores de protección destaca la importancia de los sistemas de apoyo social y asociativo, especialmente para las personas con discapacidad [10].

Tabla 3. Factores protectores personales y externos.

Factores protectores personales		
Habilidad en la resolución de conflictos o problemas	Tener confianza en uno mismo	Habilidad para las relaciones sociales e interpersonales
Presentar flexibilidad cognitiva	Capacidad de resiliencia	Optimismo
Tener hijos, más concretamente en las mujeres	Autocontrol y capacidad de afrontamiento	Capacidad para pedir consejo y/o ayuda ante dificultades
Hábitos de vida saludables	Estabilidad emocional, optimismo y una identidad personal sólida	Tener competencia personal, percepción de autoeficacia y una adecuada autoestima
Factores protectores externos		
Sociales		
Apoyo familiar y social, no sólo la existencia del apoyo sino su fuerza y calidad	Fomentar el acceso a información basada en evidencia científica	
Adoptar valores culturales, tradicionales y poseer creencias y prácticas religiosas	Creación de redes de apoyo para facilitar el acceso a la información y la comunicación con personal preparado al que se pueda acudir si se detectan un posible riesgo de conducta suicida	
Integración social		
Entorno		
Acceso a dispositivos sanitarios	Formación a docentes en la capacitación de habilidades de comunicación con adolescentes en situaciones de posible riesgo suicida	
Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol	Campañas de sensibilización y tolerancia cero al acoso en los centros escolares	
Restricción a métodos letales de suicidio	Promocionar el apoyo entre los estudiantes y transmitir información sobre cómo buscar ayuda adulta	
Diseño de protocolos de actuación para casos de intento de suicidio o ideación suicida en el ámbito educativo	Formación a educadores y personal escolar.	

Fuente: McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, de Leo D, et al. Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study. *Psychological Medicine*. Psychological Medicine. 2006



3.1 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La Organización Mundial de la Salud, dentro de sus iniciativas en materia de salud, mental ha elaborado el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020; este plan tiene como finalidad fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación y reducir la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad de las personas con trastornos mentales.

El documento propone distintas medidas para los Estados Miembros, la Secretaría y los estados asociados, que involucren a todos los agentes sociales relacionados. En este sentido, se insta a los Estados Miembro a actuar mediante mecanismos legales y fórmulas políticas en materia de salud mental para integrar las intervenciones que la promuevan en los planes nacionales de salud. Además, se destaca que con frecuencia es necesario elaborar políticas y planes específicos de salud mental que ofrezcan orientaciones más detalladas.

El plan de acción tiene como objetivos reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental, proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta, poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones en este campo.

De forma específica en cuanto al suicidio, la OMS cuenta con una nutrida fuente de información en materia de prevención de la conducta suicida denominada Instrumentos dirigidos a grupos específicos sociales y profesionales particularmente relevantes para la prevención del suicidio, con distintas guías para dichos grupos. De igual forma, UNICEF cuenta con guías como “Comunicación, Infancia y Adolescencia. Guía para Periodistas para Informar del Suicidio” en la que se ofrecen recomendación en cuanto al tratamiento de los suicidios en medios de comunicación.

3.2 UNIÓN EUROPEA

En Europa, tras el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (2008), que dio lugar a la Resolución del Parlamento Europeo sobre la Salud Mental (2008/2209 (INI)), se impulsa en el año 2013 la Acción Conjunta para la Salud y el Bienestar Mental. El objetivo de esta iniciativa era establecer un marco de acción en políticas de salud mental en el ámbito europeo, para lo cual contemplaba 5 grandes áreas de actuación entre las que se encontraban medidas contra la depresión y el suicidio, así como la aplicación de enfoques de telemedicina.

En el ámbito de la Unión Europea (UE), se puso en marcha el Marco Europeo para la Acción en Materia de Salud Mental y Bienestar [30]. Este documento incluye las principales conclusiones de la acción conjunta sobre la salud mental desarrollada en Bruselas en enero de 2016 para la puesta en práctica por parte de los Estados miembros de la Unión Europea de políticas efectivas para la prevención y atención a la salud mental. Entre los ámbitos que contempla de atención prioritaria se encuentra la prevención de la depresión y el suicidio, para los cuales establece entre otras las siguientes acciones:

- Abordar la depresión y el suicidio como un imperativo prioritario de salud pública.
- Fortalecer la respuesta comunitaria a los problemas de salud mental, reducir el estigma.
- Tomar medidas contra la exclusión económica y social, entre otras y promover la participación social de las personas con problemas de salud mental.
- Apoyar las redes sociales protectoras.
- Aumentar el reconocimiento de la depresión y otros trastornos mentales en la atención médica general.
- Aumentar la accesibilidad del tratamiento para la depresión a través de una mayor accesibilidad a psicoterapias basadas en evidencia, herramientas de salud mental electrónica y atención psiquiátrica.
- Promover legislación sobre restricción de medios letales y alcohol.
- Promover la legislación sobre las reglas de comunicación mediática responsable sobre eventos suicidas.

3.3 SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SISTEMAS DE SALUD AUTONÓMICOS

En 2006 el Ministerio de Sanidad elaboró la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, actualizada posteriormente para el quinquenio 2009-2013. La actualización 2015-2019 no fue aprobada y está pendiente de reformulación.

El Ministerio de Sanidad también ha elaborado la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida en 2012, que tiene el propósito de contribuir a la reducción de la variabilidad de la práctica clínica en el manejo de la conducta suicida y ayudar a los profesionales en la toma de decisiones. Además, pretende mejorar la información de los pacientes y sus allegados para favorecer su participación en la toma de decisiones y mejorar la información de toda la población con la finalidad de reducir el estigma asociado a este problema de salud. En el año 2019, la Agencia Gallega de Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), llevó a cabo un proceso de revisión de esta Guía que determinó que de acuerdo a la evidencia científica disponible y a la valoración de los expertos de las principales sociedades científicas y asociaciones de pacientes, las recomendaciones establecidas en la misma permanecían vigentes no siendo necesaria su actualización⁶.

Adicionalmente, el Ministerio de Sanidad ha publicado el Decálogo de recomendaciones para los y las profesionales de los medios de comunicación al informar sobre el suicidio, en el que se recogen recomendaciones orientadas a los periodistas, dando especial relevancia al lenguaje que se emplea y como se transmite la información.

A nivel autonómico, casi todas las comunidades autónomas han desarrollado un plan de salud mental, en los cuales se enmarcan las actuaciones relacionadas con la conducta suicida. En algunos casos, las CCAA han elaborado planes o estrategias específicas para la prevención y la atención a la conducta suicida. Igualmente, también hay CCAA que han elaborado códigos, protocolos o procedimientos de carácter sanitario, en el ámbito del suicidio.

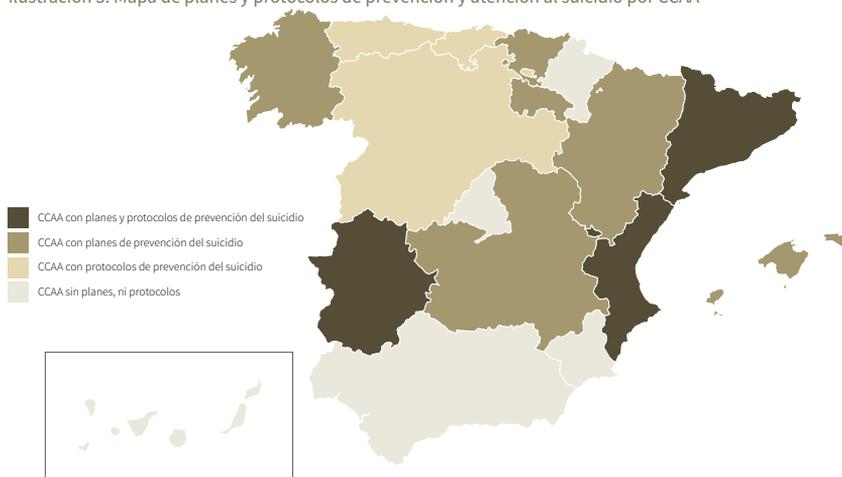
⁶ Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS. Ministerio de Sanidad. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2020. Guías de Práctica Clínica en el SNS

En este sentido, Cataluña, la Comunidad Valenciana y Extremadura disponen tanto de un plan integral como de protocolos de prevención y atención al suicidio. Navarra, si bien no posee ningún plan específico, si ha definido un protocolo de colaboración interinstitucional. Por su parte, Andalucía está desarrollando su plan integral de prevención del suicidio.

Castilla-La Mancha, Galicia, Islas Baleares, La Rioja y País Vasco, cuentan con un plan integral de prevención y atención a la conducta suicida, y el País Vasco, está diseñando también un código de riesgo suicida. Por su parte, Aragón dispone de un documento marco con las propuestas básicas de su estrategia de prevención del suicidio.

Asturias, Castilla y León y Cantabria, disponen de protocolos de prevención y atención a la conducta suicida. En el caso de Cantabria, se trata de un programa de abordaje de la conducta suicida puesto en marcha por el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Ilustración 3. Mapa de planes y protocolos de prevención y atención al suicidio por CCAA



Fuente: Elaboración propia a partir de la información facilitada por la Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Mayo de 2021.

En general, todos los planes autonómicos en el ámbito de la prevención y atención a la conducta suicida tienen como finalidad última reducir la tasa de suicidio a través de acciones concretas, tal y como se refleja en las estrategias más recientes publicadas en España. De este modo, la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi (2019) pretende reducir la incidencia, prevalencia

e impacto de la conducta suicida a través de un sistema integrado y eficiente de prevención, intervención y postvención con enfoque de salud pública y de perspectiva de género.

Por su parte, el Plan de Prevención del Suicidio de La Rioja (2018) tiene como objetivo disminuir la incidencia y prevalencia de la conducta suicida mediante la sensibilización de la población, la mejora de la coordinación entre agentes implicados, el incremento de la detección de pacientes en riesgo, la mejora del seguimiento y la atención a pacientes y allegados más cercanos y el fomento de la formación y la investigación.

A su vez, el documento de Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas en Castilla-La Mancha (2018), pretende mejorar el conocimiento sobre el suicidio, favorecer la coordinación entre niveles asistenciales y el ámbito socio sanitario, mejorar de forma específica las intervenciones en situaciones de riesgo en el caso de la población menor de edad, así como de edad avanzada.

En mayor medida, las actuaciones de las diferentes estrategias se orientan hacia la detección del riesgo y la prevención de la conducta suicida, así como el abordaje desde los diferentes dispositivos de atención y en las diferentes fases del proceso, promoviéndose también la cooperación y coordinación entre los diferentes ámbitos, especialmente entre sanidad, educación y servicios sociales, así como entre los propios profesionales.

Igualmente, también se aborda en gran medida en las diferentes estrategias, la formación a los distintos profesionales, así como, la necesidad de mejorar la información, sensibilización y concienciación de la sociedad en su conjunto sobre el suicidio, así como el tratamiento en los medios de comunicación. Otro ámbito de actuación es la mejora del registro y la disponibilidad de sistemas de información eficientes, junto con el avance en el conocimiento e investigación epidemiológica.

Junto a las iniciativas de carácter más estratégico, las CCAA también han desarrollado diversos códigos, protocolos o procedimientos de coordinación del proceso de prevención y atención a las personas con conducta suicida.

En general, su objetivo es reducir la mortalidad y mejorar la respuesta ante la conducta suicida a través de la prevención, intervención, seguimiento y coordinación de todos los recursos. Entre los objetivos recogidos por las distintas guías se encuentran, principalmente:

- Prevenir la conducta suicida e intervenir de forma eficaz y efectiva desde los diferentes ámbitos y agentes.
- Promover la coordinación de los agentes implicados, definiendo los circuitos de derivación y seguimiento de las personas que presentan conducta suicida.
- Favorecer la multidisciplinariedad de los equipos de atención.
- Homogeneizar los procedimientos de actuación.

Adicionalmente, algunas comunidades también han desarrollado guías de carácter informativo destinadas a profesionales, personas en riesgo, familiares y allegados, así como a la población en general o ámbitos específicos (educación, medios de comunicación, entre otros).

En el caso de los profesionales, en muchos casos las guías están orientadas a informar sobre los factores de riesgo y protección, la identificación de señales de alarma, las herramientas de evaluación y valoración del riesgo de suicidio, así como modelos de intervención y recursos.

Por su parte, las guías dirigidas a personas en riesgo, familiares y allegados ofrecen consejos y recomendaciones para la detección y prevención, pautas de actuación y recursos de apoyo y autoayuda.

En el ámbito educativo, las guías pretenden ser un instrumento para la detección temprana y el abordaje adecuado del problema en este entorno.

Las guías destinadas a los medios de comunicación tienen por objetivo dotar a los profesionales de la información de herramientas para abordar la conducta suicida de forma adecuada y sensibilizar a la población acerca del mismo.

3.4 CASTILLA Y LEÓN

En Castilla y León el primer Plan Estratégico de Salud incluyó al suicidio entre las 20 áreas de actuación y planteó como objetivo general una disminución del 5% de suicidios consumados para el año 2000 [31]. Las primeras iniciativas específicas se remontan al año 1994 con la aprobación del “Plan Sectorial de Prevención y Atención de la conducta suicida para Castilla y León” [32]. Como objetivo general, se proponía la disminución, al menos en un 10%, de la tasa de tentativas de suicidio y de suicidios consumados en los pacientes

psiquiátricos sometidos a tratamiento. Se promovían una serie de actividades al respecto: creación de programas de detección de poblaciones de riesgo, actividades de educación para la salud, mejora de la detección, valoración y seguimiento de los pacientes de riesgo, vigilancia epidemiológica y promoción de estudios sobre estos aspectos.

En el segundo Plan de Salud de la Comunidad se fijó también como uno de los objetivos para el año 2000 la realización de programas específicos en grupos de riesgo suicida en el 25% de las Unidades de Hospitalización y Servicios de Psiquiatría y Salud Mental [33]

En la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de 2003 se incluyeron referencias muy genéricas en relación con la conducta suicida en la línea estratégica 1: Mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la enfermedad mental.

En el tercer Plan los objetivos eran más genéricos, se citaba la mejora de la prevención y el desarrollo de programas de seguimiento de personas con intentos de suicidio [34].

Finalmente, el IV Plan de Salud de Castilla y León señala el suicidio como la primera causa de mortalidad externa entre los hombres y formula entre las iniciativas a adoptar (Medida 269) el *Desarrollo e implantación del proceso de atención a la conducta suicida* e incluye entre los indicadores de evaluación el análisis de la *Tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, por 100.000 habitantes* (indicador 202) y la *Implantación del Proceso de Atención a la Conducta Suicida en todas las áreas de salud de la comunidad* (indicador 205) [35].

En su desarrollo, en 2017 se aprobó el *Proceso de Prevención y atención a la conducta suicida* [36] con los objetivos de identificar a las personas en riesgo de suicidio, disminuir sus tentativas, reducir la mortalidad por suicidio y asegurar la coordinación asistencial en su atención. Formula diversos procedimientos para la detección y evaluación del riesgo, la protección, el seguimiento y la coordinación tanto en la Atención Primaria como en los servicios de Urgencias y en los de Psiquiatría y Salud Mental.

4

ABORDAJE ACTUAL
DE LA CONDUCTA
SUICIDA EN
CASTILLA Y LEÓN

4.1 ÁMBITO SANITARIO

En el ámbito sanitario, las acciones de prevención, coordinación e intervención en relación con la conducta suicida se sistematizaron en el “Proceso de prevención y atención de la conducta suicida”. Los contenidos, organización y procedimientos incluidos en este “Proceso” están en consonancia con los de la “Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida” elaborada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2012 que, tras su reciente evaluación en 2020, mantienen su vigencia.

Los objetivos del Proceso son los siguientes:

- Identificar a las personas en riesgo de suicidio.
- Disminuir los intentos de suicidio en la población de riesgo.
- Reducir la mortalidad por suicidio.
- Asegurar la coordinación asistencial entre los diferentes niveles asistenciales para la atención de las personas con conducta suicida.

Para ello, el Proceso incorpora criterios para la actuación de la atención primaria, los servicios de Psiquiatría y Salud Mental ambulatorios y hospitalarios, y las urgencias y emergencias sanitarias.

– Detección y Atención a la Conducta Suicida en Atención Primaria

En Atención Primaria un elemento nuclear es la identificación por parte de los profesionales sanitarios de los principales factores de riesgo de conducta suicida: padecer un trastorno mental (principalmente depresión) y la presencia de intentos de suicidio previos; en consecuencia, la principal recomendación es que “en todo paciente con síntomas de depresión y/o ansiedad se evaluará explícitamente la existencia de ideas, planes o conducta suicida recientes”.

Las herramientas de detección que se recomienda que utilicen los profesionales médicos para la valoración del riesgo suicida son la lista de verificación de evaluación de suicidio de la entrevista diagnóstica MINI (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI) y la escala SAD PERSONS. A través de la entrevista diagnóstica MINI se realiza una entrevista diagnóstica estructurada que explora, para detección u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos. A su vez, la escala SAD PERSONS (*Sex, Age, Depression, Previous attempt, Ethanol abuse, Rational thinking loss, Social support lacking,*

Organized plan for suicide, No spouse, Sickness) está diseñada para evaluar riesgo de comportamiento suicida en base a factores de riesgo clínicos y sociodemográficos.

Además, en el Proceso también se establecen los criterios de derivación desde atención primaria a los servicios de Psiquiatría y Salud Mental y de Urgencias, así como los de seguimiento en los centros de salud y los de atención a los supervivientes.

Para desarrollar el contenido de este Proceso, la actualización de la Cartera de servicios de Atención Primaria en Castilla y León aprobada en 2019 incorpora criterios para la evaluación del riesgo suicida e incluye la utilización de las citadas escalas especialmente en los Servicios de Atención a la persona con ansiedad y de Atención a la persona con depresión. Además, recomienda la evaluación del riesgo con las citadas escalas en los Servicios de Detección precoz y abordaje integral de víctimas de maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia, de Detección precoz y prevención de violencia de género en mujeres y de Atención a la persona con necesidad de cuidados paliativos.

- Detección y Atención a la Conducta Suicida en los Servicios de Urgencias

Para los servicios de Urgencias, ya sean de atención primaria u hospitalaria, el Protocolo establece criterios para la clasificación o triaje de los pacientes con ideación suicida, un listado de comprobación, así como los de derivación al psiquiatra de guardia. En todo caso, se establece que toda persona que acuda a urgencias por un intento de suicidio deberá ser valorado por un profesional de Psiquiatría.

- Detección y Atención a la Conducta Suicida por parte de Emergencias Sanitarias

Tras la valoración de los antecedentes y factores de riesgo se decidirá atendiendo al protocolo la mejor derivación del paciente (Atención Primaria, Salud Mental, Servicio de Urgencias Hospitalarias). En el caso de intento de suicidio el paciente será valorado por un profesional de Psiquiatría.

- Detección y Atención a la Conducta Suicida en los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental

Finalmente, para la red de salud mental se establecen criterios relacionados con la seguridad de los pacientes en la hospitalización, de seguimiento y continuidad terapéutica al alta hospitalaria y de coordinación con Atención Primaria.

La implantación del Proceso ha sido desigual en las distintas Áreas de salud y en los diversos dispositivos de atención, por lo que se debe de asegurar su desarrollo en toda la Comunidad.

Aspectos asociados a la disponibilidad de la información epidemiológica del suicidio

Es una realidad, que los sistemas de información no recogen de forma adecuada la casuística sobre tentativas, suicidios consumados o factores asociados. Por este motivo, se considera prioritario impulsar mejoras en la cumplimentación de los sistemas de información sanitarios.

Para la mejora de la disponibilidad de información epidemiológica acerca del suicidio, la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León, en el marco de su programa para el año 2020, puso en marcha el estudio de “Evaluación del suicidio, intentos autolíticos e ideación suicida”, el cual tuvo que suspenderse de manera temporal con motivo de la situación generada por la Pandemia de la COVID-19.

Los objetivos del estudio eran los siguientes:

- Estimar la incidencia de los suicidios e intentos de suicidio expresando los resultados desagregados por sexo y rangos de edad.
- Describir los factores de riesgo en la población que ha cometido un suicidio, intento de suicidio o que manifiesta/refiere ideas suicidas en la consulta de atención primaria, con especial atención a las diferencias por sexo.

Para el desarrollo del estudio, se diseñó un completo cuestionario de evaluación que permitía recabar los datos relativos tanto a los casos de suicidio consumado, casos de intento de suicidio o casos de pacientes que expresasen ideación suicida en la consulta médica.

En el estudio estaban participando 99 profesionales de medicina familiar y comunitaria de Atención Primaria que forman parte de la red y que eran los responsables de la identificación de los casos y la cumplimentación de los cuestionarios asociados a cada caso. Se espera poder retomar este estudio cuando la situación y los medios necesarios lo permitan.

En el ámbito sanitario cabe señalar, además, la información que sobre los suicidios elaboran los profesionales de la Medicina Forense e incluyen en las memorias de los tres Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Castilla y León.

Asimismo, existe una posible línea de colaboración entre el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses con sede en Valladolid y el servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario para llevar a cabo la evaluación de algunos casos de suicidios mediante la realización de “autopsias psicológicas”, cuyo objetivo es determinar las causas por la que una persona toma la decisión de suicidarse.

Por su parte, la Fundación INTRAS participó en el proyecto EUREGENAS (European Regions Enforcing Actions Against Suicide), junto con otros 14 socios europeos. El proyecto que recibió financiación de la Unión Europea finalizó en diciembre de 2014 y tenía como objetivo general contribuir a la prevención del suicidio en Europa a través del desarrollo e implementación de estrategias para la prevención del suicidio a nivel regional que puedan ser consideradas como buenas prácticas en el entorno europeo.

4.2 ÁMBITO EDUCATIVO

En el ámbito escolar, los centros docentes sostenidos con fondos públicos, que imparten enseñanzas no universitarias en Castilla y León deben desarrollar el proyecto educativo del centro de acuerdo con el contenido determinado por la Consejería de Educación [37, 38].

De este modo, los centros docentes, sobre la base de su autonomía pedagógica, al elaborar su proyecto educativo deberán fijar los objetivos y las prioridades educativas así como los procedimientos de actuación teniendo en consideración las características del centro, las de su entorno y las necesidades educativas de los alumnos.

Los principios básicos y las líneas generales de actuación que regirán la convivencia en el centro y que se concretarán en los planes anuales correspondientes (plan de convivencia), deben haber sido elaborados y consensuados por toda la comunidad educativa y estar explicitados en el Proyecto Educativo.

El plan de convivencia debe recoger todas las actividades que se programen para fomentar un buen clima de convivencia dentro del centro escolar, la concreción de los derechos y deberes del alumnado y las medidas correctoras aplicables en caso de su incumplimiento con arreglo a la normativa vigente y la realización de actuaciones para la resolución pacífica de conflictos con

especial atención a las actuaciones de prevención de la violencia de género, igualdad y no discriminación.

Al finalizar el curso escolar los centros evaluarán el desarrollo del plan de convivencia introduciendo las modificaciones que sean pertinentes para la consecución de sus objetivos, en la programación general anual del curso siguiente.

De esta forma se considera que el Plan de convivencia de los centros docentes es una herramienta clave para incorporar criterios de detección y prevención de la conducta suicida, tales como, programas preventivos sobre la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio, así como psicoeducación y entrenamiento en habilidades o programas y políticas antiacoso (*anti-bullying*), entre otras actuaciones.

4.3 ÁMBITO DE SERVICIOS SOCIALES

Discapacidad por enfermedad mental

En el ámbito de los Servicios Sociales, las actuaciones dirigidas a la prevención de la conducta suicida forman parte del trabajo habitual que se realiza en la atención a las personas con discapacidad por enfermedad mental, que se articula en el marco de las directrices que ordenan el funcionamiento del Modelo integrado de atención sociosanitaria para personas con discapacidad por enfermedad mental, aprobado mediante el Acuerdo 66/2016, de 27 de octubre, de la Junta de Castilla y León. En este proceso y en sus diferentes fases, el abordaje de intentos previos de suicidio es indispensable, ya que las actuaciones que se realizan están dirigidas a potenciar el proyecto de vida de personas con discapacidad.

Consumo abusivo de drogas

A través de los centros y servicios de la Red de Asistencia a Drogodependiente (RAD), tales como Centro de atención ambulatoria en Drogodependencias (CAD), centros de día, comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación de personas alcohólicas, y también los servicios de prevención que intervienen con menores de 21 años con consumo abusivo de drogas, se detectan situaciones de riesgo de conducta suicida que deben ser derivadas al dispositivo de atención correspondiente (Atención Primaria, servicios de Urgencias y

Psiquiatría y Salud Mental). La actual revisión de la *Guía de gestión de procesos y procedimiento ambulatorios para personas drogodependientes de Castilla y León* incluye la entrevista diagnóstica MINI y la escala SAD PERSONS para evaluar riesgo de comportamiento suicida.

Menores en centros de internamiento

En el marco de los centros de internamiento para menores infractores que tiene la Junta de Castilla y León, el Centro Regional Zambrana, dependiente de la Gerencia de Servicios Sociales, ha desarrollado un programa de prevención de conductas autolíticas.

Los objetivos del programa son:

- La detección de posibles situaciones que puedan derivarse conductas autolíticas por parte de los menores, especialmente tras el ingreso.
- La elaboración de criterios básicos de actuación en aquellos casos en que se aprecie la posible existencia de riesgo.
- El establecimiento de cauces ordenados para la transmisión de la información y la actuación coordinada de todos los profesionales.

El programa determina cuáles son los perfiles que presentan mayor riesgo, así como la determinación de los momentos en los que puede apreciarse que el menor lleve a cabo conductas autolíticas.

La inclusión de un menor en el programa implica el desarrollo de al menos un conjunto mínimo de actuaciones a seguir por los diversos profesionales del centro, así como las medidas de control a seguir en relación al menor. El periodo mínimo de permanencia en el programa es de 7 días.

4.4 ÁMBITO SOCIAL

En los casos en los que una persona muere por suicidio, al sentimiento de pérdida que experimentan las personas cercanas al fallecido, se unen las emociones que genera el estigma asociado al suicidio [7]. Esto hace que, en algunas ocasiones, el duelo que experimentan sus allegados sea más duradero, y que sufran un mayor shock, aislamiento y culpabilidad, que en el caso de fallecimientos naturales o debidos a un accidente. Los allegados suelen plan-

tearse aspectos vinculados a la persona fallecida y buscar una explicación, y/o presentar actitudes negativas o de culpa acerca del suicidio que favorecen el aislamiento y la estigmatización [8]. Asimismo, el estigma y el tabú que rodean al suicidio suponen una barrera para que las personas que tienen ideas suicidas o han intentado quitarse la vida busquen apoyo para superarlo [7]. En este contexto, las asociaciones de pacientes suponen un importante punto de apoyo tanto para la propia persona que presenta una conducta suicida como para sus allegados más cercanos.

En Castilla y León, en el plano social destaca desde hace años el papel activo que viene realizando el movimiento asociativo de familiares y afectados con la promoción y puesta en marcha de diferentes campañas de sensibilización y promoción de la salud mental, campañas específicas sobre prevención del suicidio, visibilidad y puesta en valor de valiosos testimonios de personas afectadas, programas formativos, fomento de grupos de ayuda mutua tanto de personas con problemas de salud mental como de familiares, puesta en marcha de grupos específicos de “supervivientes”, acciones de apoyo psicológico y social y otras iniciativas.

5.1 OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA

El objetivo general de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León es el siguiente:

“Disminuir (al máximo) la incidencia y la prevalencia del suicidio en Castilla y León, garantizando una atención adecuada de la persona y sus allegados, mediante el abordaje integral del proceso de prevención, atención y seguimiento de la conducta suicida.”

El cumplimiento de este objetivo general está basado en los siguientes principios:

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

5.2 LÍNEAS ESTRATÉGICAS

La Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León se articula a través de 5 líneas estratégicas, cada una de ellas con sus correspondientes medidas. En total se han definido 71 medidas con las que se pretende dar respuesta a los objetivos específicos y alcanzar el objetivo general de la Estrategia.

Las líneas estratégicas 1, 2 y 3 abordan las medidas de prevención siguiendo la sistemática propuesta por la OMS, de tal forma que cada una de ellas se focaliza en una tipología específica de prevención (universal, selectiva e indicada). La línea estratégica 4 se centra en la mejora del sistema de vigilancia epidemiológica e Investigación. Por último, la línea estratégica 5 se orienta a la formación de los diferentes agentes implicados en el proceso de prevención y atención al suicidio.

1	Medidas de prevención universal	15
2	Medidas de prevención selectiva (grupos vulnerables)	21
3	Medidas de prevención indicada	12
4	Vigilancia epidemiológica e Investigación	10
5	Formación	13

5.2.1 MEDIDAS DE PREVENCIÓN UNIVERSAL

Tal y como señala la OMS, “las estrategias de prevención universales están diseñadas para llegar a toda una población con la finalidad de potenciar al máximo la salud y reducir al mínimo el riesgo de suicidio al eliminar barreras a la atención y aumentar el acceso a la ayuda, fortalecer los procesos protectores como el apoyo social y modificar el entorno físico”.

Las medidas de prevención universal se dirigen a la población general que no se ha identificado en función del riesgo individual.

De esta forma, los objetivos que se quieren conseguir con el desarrollo de esta línea estratégica son los que se indican a continuación:

Objetivos

- Reducir el acceso a medios letales, así como el consumo de alcohol.
- Fomentar prácticas informativas responsables en los medios de comunicación.
- Mejorar la información y reducir el estigma asociado a comportamientos suicidas.

15
MEDIDAS

Las medidas que se contemplan en el ámbito de la prevención universal son las siguientes:

- 1) Analizar la tipología de métodos de suicidio e identificar, en su caso, los “puntos calientes” o lugares de riesgo para la instalación de barreras.
- 2) Reforzar las medidas existentes para reducir el acopio de fármacos.

- 3) Establecer medidas en colectivos con facilidad de acceso a armas en casos de bajas laborales relacionadas con trastornos depresivos u otras situaciones de riesgo.
- 4) Potenciar los programas de prevención del abuso de alcohol y de otras drogas en el marco del Plan Regional Sobre Drogas de Castilla y León.
- 5) Mejorar la información sobre riesgos y actitudes ante el suicidio tanto para la población general como para pacientes y allegados.
- 6) Realizar actividades de sensibilización con los diversos medios de comunicación sobre el tratamiento informativo de la conducta suicida.
- 7) Elaborar una Guía de orientación para medios de comunicación adaptando la Guía de la OMS, "Prevención del suicidio. Un instrumento para profesionales de medios de comunicación"⁷.
- 8) Impulsar actividades para dar a conocer y promover medidas y acciones para prevenir el suicidio en el Día Mundial de la Prevención del Suicidio (10 de septiembre) y el día del superviviente (tercer sábado de noviembre).
- 9) Facilitar las iniciativas para la prevención del suicidio de las Asociaciones de familiares y pacientes y de las Asociaciones de supervivientes.
- 10) Promover la divulgación y sensibilización sobre la conducta suicida y la forma de identificarla en la web y redes sociales institucionales de la Consejería de Sanidad y de otras instituciones y organizaciones.
- 11) Promocionar conductas de apoyo entre los estudiantes y transmitir información sobre cómo buscar ayuda adulta, cómo y a quién dirigirse, si es necesario.
- 12) Introducir las nuevas tecnologías (webs, apps y weblines) como instrumento de abordaje de la conducta suicida.
- 13) Valorar la forma de identificar señales de alerta de la conducta suicida en la web y redes sociales.
- 14) Elaborar un Programa de promoción de conductas positivas en el entorno educativo que potencie los factores protectores psicológicos y emocionales frente a la ideación suicida (habilidad de resolución de problemas, autoconfianza, flexibilidad cognitiva, habilidades sociales, ética y valores positivos), en coordinación con los programas acreditados que en este ámbito se desarrollan en materia de consumo de alcohol y otras drogas.

7 https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

15) Desarrollar campañas de sensibilización y orientación en los centros escolares, que fomenten la tolerancia cero al acoso, en particular hacia las personas con discapacidad tanto en los centros de educación especial como en las aulas ordinarias.

5.2.2 MEDIDAS DE PREVENCIÓN SELECTIVA (GRUPOS VULNERABLES)

En este contexto la OMS indica que, “las estrategias de prevención selectiva se dirigen a grupos vulnerables de la población sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional o los antecedentes familiares. Algunos individuos pueden no manifestar comportamientos suicidas en el presente, pero pueden correr un elevado riesgo biológico, psicológico o socioeconómico”.

Las medidas de prevención selectiva están dirigidas, por tanto, a grupos de población en los que se considera que presentan mayor riesgo de conducta suicida que el existente en la población general sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional o determinadas situaciones personales, familiares o sociales.

El desarrollo de la línea estratégica de medidas de prevención selectiva aspira a la consecución de los siguientes objetivos:

Objetivos

- Evaluar el riesgo de suicidio en la atención a colectivos vulnerables por parte de los servicios sociales básicos y especializados.
- Facilitar incorporar la denominada postvención a las personas cercanas en todos de suicidio consumado.
- Incorporar la prevención del suicidio en las actuaciones de planificación y programación de la atención sanitaria.

Para abordar esta línea estratégica se han definido las siguientes medidas:

- 16) Incorporar criterios para la identificación del riesgo suicida en la valoración inicial de casos y durante la intervención por parte de los servicios sociales básicos y especializados: valoración social, seguimiento de casos, intervención y dispensación de servicios.
- 17) Incluir en los servicios de proximidad dirigidos a personas mayores y a personas con discapacidad, protocolos para la detección del riesgo suicida, con especial atención a las personas que viven solas o que carecen de vínculos sociales.
- 18) Incorporar en los servicios de Teleasistencia Avanzada criterios para la identificación del riesgo suicida.
- 19) Determinar protocolos para la canalización de las alertas a los servicios de salud, desde los diferentes niveles de atención de servicios sociales.
- 20) Elaborar materiales dirigidos a informar, prevenir y sensibilizar a las personas y a sus cuidadores sobre el suicidio, que puedan ser incluidos como complementarios a las actuaciones de los diferentes servicios de proximidad.
- 21) Evaluar específicamente el riesgo suicida en todos los casos de menores que han sufrido abuso sexual o maltrato físico.
- 22) Dar continuidad al “Programa de detección de conductas autolíticas en el Centro Regional Zambrana” de la Consejería de Familia en sus apartados de valoración del riesgo, detección y atención.
- 23) Generalizar el modelo básico de coordinación funcional entre Salud Mental y la Red de Asistencia al Drogodependiente (RAD) para la atención a pacientes con trastornos por uso de drogas y comorbilidad psiquiátrica a todas las Áreas de Salud, incluyendo en el modelo a la red de servicios de prevención indicada.
- 24) Incorporar en los procedimientos de intervención de los servicios acreditados de la RAD y de prevención indicada, la entrevista diagnóstica MINI y la escala SAD PERSONS para la valoración del riesgo de suicidio estándar en cada contexto de atención.
- 25) Establecer vías de coordinación con el Plan Marco de Prevención del Suicidio del Ministerio del Interior para la prevención del suicidio en los centros penitenciarios.
- 26) Facilitar apoyo sanitario y, en caso necesario, atención específica a familiares o personas cercanas que han perdido un ser querido por suicidio.

27) Promover la creación de asociaciones de supervivientes, así como las actividades de las asociaciones de familiares y personas con problemas de salud mental ya creadas que desarrollen grupos de ayuda mutua y/o grupos de supervivientes, así como de allegados de personas que se han suicidado o han tenido tentativas suicidas.

28) Elaborar una guía de información para pacientes y familiares sobre la ideación y la conducta suicida.

29) Elaborar un protocolo de actuación en los casos de autolesiones, en particular en la población infantil, que discrimine y oriente la atención de aquellas que responden a una conducta suicida y las que obedecen a otros problemas emocionales.

30) Incorporar a los Planes de convivencia de los centros educativos un apartado específico de prevención e intervención ante la conducta suicida.

31) Desarrollar acciones conjuntas en el ámbito educativo y sanitario para la identificación y abordaje del riesgo de suicidio en grupos de riesgo, en particular en adolescentes y jóvenes víctimas de acoso escolar u otras formas de bullying.

32) Establecer un protocolo de intervención conjunta entre el sistema sanitario y el sistema educativo, tanto para la atención rápida y eficaz de aquellos niños y adolescentes que llevan a cabo un intento autolítico o autolesivo, como para los allegados y círculo cercano tras tentativas autolíticas o suicidios consumados en el entorno educativo, con atención particular al entorno de la educación especial.

33) Establecer criterios para la identificación del riesgo suicida e intervención específica en los programas de seguimiento y atención a los pacientes afectados por COVID 19, así como por otras enfermedades que puedan causar impacto emocional por sus características, falta de tratamiento, discapacidad, mortalidad o estigma.

34) Incluir la prevención del suicidio dentro de los Planes anuales de gestión u otros instrumentos de programación tanto en la Atención Primaria como en la Hospitalaria y en las Emergencias sanitarias.

35) Incorporar la prevención del suicidio como una línea de acción de la Estrategia de Calidad y Seguridad del Paciente.

36) Realizar auditorías ambientales y planes de seguridad en todas las unidades de hospitalización psiquiátrica.

5.2.3 MEDIDAS DE PREVENCIÓN INDICADA

En este contexto, la OMS establece que “las estrategias de prevención indicada se dirigen a determinados individuos vulnerables dentro de la población —por ejemplo, quienes muestren señales prematuras de potencial suicida o quienes hayan hecho un intento de suicidio”.

De este modo, las medidas de prevención indicada se dirigen a determinadas personas altamente vulnerables dentro de la población, por presentar ya signos sugerentes de riesgo suicida o una enfermedad altamente asociada a dicho riesgo (por ejemplo, algunos problemas mentales).

Es por ello, que los objetivos que se plantean conseguir son los siguientes:

Objetivos

- Evaluar y, en su caso, actualizar el “Proceso de prevención y atención a la conducta suicida en Castilla y León”.
- Coordinar la actuación de los servicios de emergencia y primeros intervinientes en los casos de intentos suicidas.
- Establecer criterios de detección del riesgo suicida en la atención prestada por distintos teléfonos de información y atención.

12
MEDIDAS

El desarrollo de esta línea estratégica se concreta en las siguientes medidas:

37) Evaluar el contenido y desarrollo del “Proceso de prevención y atención de la conducta suicida en Castilla y León”.

38) Reforzar las medidas incluidas en el “Proceso” para la evaluación en Atención Primaria de la existencia de ideas, planes o conducta suicida recientes en todos los pacientes con síntomas de depresión o ansiedad.

39) Desarrollar por los ESM un Plan de seguridad personal en todos los casos en los que se aprecie riesgo elevado de suicidio.

40) Elaborar Planes de seguimiento individualizados en todos los casos de riesgo elevado de suicidio tras el alta en urgencias o en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

41) Disponer de un protocolo para la identificación del riesgo de suicidio en pacientes atendidos por otras especialidades (Oncología, Cuidados Paliativos, Neurología y otras).

42) Avanzar en una mayor interconexión entre el sistema sanitario y el educativo que incluya una coordinación directa de los Equipos de Salud Mental con los centros educativos para la atención rápida y eficaz de aquellos niños y adolescentes que llevan a cabo un intento autolítico o autolesivo.

43) Coordinar la actuación de los servicios de emergencia y primeros intervinientes en los casos de intentos suicidas.

44) Elaborar un protocolo para la actuación integrada de profesionales de primera intervención in situ en crisis suicidas, incluyendo su coordinación con los diferentes profesionales que habrán de intervenir sucesivamente (Servicio de Psiquiatría y Salud Mental). Este protocolo incluirá la actuación de:

- Servicio de emergencias 112.
- Emergencias sanitarias de Castilla y León.
- Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias.
- Fuerzas de Orden Público (Policía Nacional, Guardia Civil, Policía local).
- Otros colectivos (Bomberos, Protección Civil, Psicólogos).

45) Incorporar al protocolo los procedimientos de atención telefónica a personas en riesgo; la atención en el lugar en las crisis suicidas con criterios de seguridad, prioridad y continuidad asistencial; el registro y transmisión de la información; la primera atención a los allegados más cercanos en caso de suicidios consumados; y, en su caso, la atención a los profesionales intervinientes.

46) Establecer medidas para integrar la identificación del riesgo suicida en los diversos teléfonos de ayuda y atención disponibles: (teléfono de ayuda a niños y adolescentes de la Fundación ANAR; Teléfono de la Esperanza, y otros), así como, incorporar criterios para la identificación del riesgo suicida en la atención especializada a víctimas de violencia de género que realiza el teléfono 012 Mujer y en otros de colectivos vulnerables (acoso escolar y otros).

47) Valorar y abordar el impacto que pueda afectar a los profesionales implicados en la atención a suicidas tanto en la atención ordinaria como en la de emergencias y de los primeros intervinientes.

48) Prever la forma de intervención para la valoración de familiares y personas cercanas de quienes puedan recibir ayuda para morir en los términos que contempla la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

5.2.4 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA E INVESTIGACIÓN

Mediante el desarrollo de la línea estratégica de Vigilancia epidemiológica e investigación se pretenden alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivos

- Mejorar los sistemas de vigilancia y la información sobre tentativas y suicidios.
- Revisar los casos de suicidio para mejorar la prevención y conocer mejor los factores asociados a los mismos.
- Fomentar la investigación epidemiológica, clínica y social para mejorar la evidencia sobre la conducta suicida y su prevención.

10
MEDIDAS

Para ello se desarrollan 10 medidas:

49) Establecer criterios de codificación y registro homogéneos de las tentativas y de los suicidios consumados en los sistemas de información sanitarios que garanticen una correcta identificación y contabilización de los casos para su posterior análisis y prevención.

50) Mejorar la cumplimentación del CMBD, de MEDORA, de JIMENA y del sistema de información de emergencias en los casos de tentativas y de suicidios

consumados, así como el acceso de los profesionales a la Historia Clínica Electrónica de los pacientes.

51) Establecer cauces de colaboración con los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Castilla y León y con el Ministerio de Justicia para facilitar el intercambio de información sobre suicidios.

52) Crear un registro de suicidios en Castilla y León que recoja información relevante de los fallecimientos por suicidio que no está disponible en la actualidad (localización, medios utilizados, profesión, etc.). El registro se creará a partir de la información que los médicos y médicas forenses recogerán de forma sistemática en este tipo de fallecimientos.

53) Realizar “autopsias psicológicas” en los casos de especial interés para disponer de más información sobre las circunstancias y factores asociados a los suicidios y facilitar la consulta recíproca de la información clínica y forense de los casos de suicidios consumados.

54) Revisar de forma multidisciplinar (investigación post-incidente) los casos de suicidio consumado con el objetivo de evaluar la actuación de los servicios de atención y proponer medidas de mejora a todos los recursos implicados.

55) Elaborar en cada Área de Salud una memoria anual, con la participación de los servicios de Psiquiatría y Salud Mental y los servicios forenses, sobre los suicidios consumados y las medidas de mejora de la atención que se consideren.

56) Establecer la figura del “enlace” y referencia en cada Área de Salud para los diferentes agentes no sanitarios que participan en la Estrategia: Educación, Servicios Sociales, Cuerpos de Seguridad, medios de comunicación, otros colectivos (Bomberos, Protección Civil).

57) Incorporar la prevención del suicidio como una de las líneas prioritarias en las ayudas a la investigación desde las instituciones públicas.

58) Priorizar la investigación en: conocimiento epidemiológico del suicidio en Castilla y León, evaluación de las intervenciones en los distintos niveles asistenciales, monitorizar las nuevas evidencias sobre la efectividad del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, y evaluación de la evidencia y efectividad de intervenciones de prevención después de una tentativa.

5.2.5 FORMACIÓN

La línea estratégica relativa a la formación pretende alcanzar los siguientes objetivos:

Objetivos

- Capacitar a los profesionales sanitarios, sociales y educativos en la detección, atención y seguimiento de personas en riesgo de suicidio.
- Capacitar a profesionales de las fuerzas y cuerpos de seguridad y de primera intervención en manejo de intentos de suicidio y primeros auxilios psicológicos.
- Facilitar herramientas a los medios de comunicación sobre el tratamiento informativo de la conducta suicida.

13

MEDIDAS

La intervención en el ámbito formativo se articula a través de las siguientes medidas:

59) Incorporar al “Plan formativo transversal común para los Especialistas en Formación en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia” contenidos relativos a la prevención y detección del riesgo suicida.

60) Incluir contenidos específicos sobre la prevención del suicidio y su postvención en los programas de formación continuada para profesionales de la salud (fundamentalmente Atención Primaria, Emergencias Sanitarias, Servicios de Urgencias Hospitalarios, y Psiquiatría y Salud Mental).

61) Incorporar la intervención y abordaje del riesgo de suicidio en la formación continuada de profesionales de salud laboral y otros agentes clave, especialmente en el caso de quienes trabajan con profesionales de mayor riesgo.

62) Promover la formación de los profesionales de primera intervención y emergencias para la atención a la crisis suicida y los primeros auxilios psicológicos, dentro de los programas de formación continuada. El objetivo es facilitar la preparación adecuada para intervenir in situ e identificar y reducir

la intensidad de las crisis suicidas, así como, en el caso de un suicidio consumado, establecer eficazmente el primer contacto con los allegados y entorno cercano de la persona fallecida.

63) Facilitar formación y criterios de actuación a los profesionales que participen en la atención telefónica de consultas no urgentes relacionadas con la conducta suicida que permita dar una respuesta efectiva en las situaciones que no requieran la intervención presencial: atención a la infancia, Teléfono de la Esperanza, 012, atención a la violencia de género y otros. En el caso que se produzca un suicidio, incluirá la atención telefónica a los allegados más cercanos.

64) Realizar actividades de formación dirigidas a profesionales de medios de comunicación sobre tratamiento informativo de la conducta suicida.

65) Facilitar el acceso a formación de calidad sobre intervención y abordaje del riesgo de suicidio a profesionales del movimiento asociativo.

66) Incluir en la formación de los profesionales del Sistema de Servicios Sociales, especialmente en los centros residenciales de personas mayores y de personas con discapacidad contenidos relativos a la identificación y prevención de conducta suicida.

67) Reforzar la formación en esta materia de los profesionales que trabajan con grupos de riesgo: personas en situación de exclusión social, personas con trastorno por uso de sustancias, familias y menores en dificultad o conflicto social, víctimas de violencia de género, personas ancianas y dependientes.

68) Desarrollar un plan de formación en colaboración con los servicios de Psiquiatría y Salud Mental de cada área de salud, dirigido al conjunto de la comunidad educativa que incluya habilidades de comunicación entre docentes y adolescentes, estrategias para identificar y gestionar las emociones, controlar el estrés, conocer los factores de riesgo de suicidio y los factores protectores y conocer los recursos de atención.

69) Elaborar guías prácticas para departamentos de orientación y profesorado, así como otras destinadas al alumnado y seleccionar y formar personas referentes en el entorno educativo que sirvan de apoyo y orientación en la identificación y abordaje del riesgo suicida.

70) Realizar formación específica a orientadores, asociaciones de padres y madres de alumnos y al profesorado sobre señales de alerta e identificación de riesgos de suicidio.

71) Diseñar y organizar formación al profesorado sobre técnicas de resolución de conflictos, educación emocional, psicología positiva y formas de afrontar el duelo y las crisis personales.

5.3 SEGUIMIENTO E INDICADORES

Para llevar a cabo el seguimiento de la implantación de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León, se ha diseñado un cuadro de mando con 15 indicadores clave. Los indicadores se han seleccionado atendiendo a criterios de relevancia, representatividad y factibilidad. De esta manera, cada uno de los objetivos de las 5 líneas estratégicas, tiene asociado su correspondiente indicador, de tal forma que sea posible evaluar su desarrollo.

En la confección del cuadro de mando de indicadores se han tenido en cuenta los diferentes agentes y sectores implicados en la prevención y atención de la conducta suicida. Por ello, los indicadores tienen un carácter transversal, midiendo tanto la actuación individual como coordinada entre los diferentes sectores.

El Equipo Coordinador de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León será el responsable de velar por el adecuado despliegue y seguimiento de la aplicación de cada una de las medidas definidas. Para cada una de las medidas, se consensuará con las áreas o unidades implicadas en su desarrollo la designación de los responsables para su ejecución, con los cuales se organizará la puesta en marcha de las actuaciones ya sea tanto en la Consejería de Sanidad, como en la Consejería de Educación o en la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades.

Por parte del Equipo Coordinador se establecerá un mecanismo de seguimiento para valorar de forma periódica con cada uno de los responsables la evolución de la puesta en marcha de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León.

Adicionalmente al cuadro de indicadores considerado, para evaluar el impacto global de la Estrategia se monitorizará el número de suicidios consumados durante el periodo de vigencia de la misma. Para ello se llevará a cabo una evaluación inicial, intermedia y final de este indicador, siendo responsable directo de su medición y seguimiento el Equipo Coordinador.

Ilustración 4. Cuadro de mando de indicadores para el seguimiento de la Estrategia

Línea estratégica	Objetivos	Indicador	Fuente de información	Unidad Responsable
1. Medidas de prevención universal	Reducir el acceso a medios letales, así como el consumo de alcohol.	Nº de programas para prevenir el abuso de alcohol y de otras drogas impulsadas por el Plan Regional sobre Drogas de Castilla y León	Memoria Anual de las Actividades del Comisionado Regional para la Droga.	Comisionado Regional para la Droga.
	Fomentar prácticas informativas responsables en los medios de comunicación.	Elaboración de la guía de orientación para medios de comunicación.	Guía de orientación para medios de comunicación.	DGPAS.
	Mejorar la información y reducir el estigma asociado a comportamientos suicidas.	Elaboración del Programa de promoción de conductas positivas en el entorno educativo.	Programa de promoción de conductas positivas en el entorno educativo (Educación).	DGPAS y Consejería de Educación.
2. Medidas de prevención selectiva (grupos vulnerables)	Evaluar el riesgo de suicidio en la atención a colectivos vulnerables por parte de los servicios sociales básicos y especializados.	Nº de personas mayores canalizadas a los servicios de salud a partir de la aplicación de los protocolos de detección.	Sistema de información de la Gerencia de Servicios Sociales.	Gerencia de Servicios Sociales.
	Facilitar incorporar la denominada postvención a las personas cercanas en todos de suicidio consumado.	Programa de postvención (atención a allegados más cercanos, tras la pérdida de un ser querido por suicidio).	Programa de postvención (GAES).	DGPAS.
	Incorporar la prevención del suicidio en las actuaciones de planificación y programación de la atención sanitaria.	Porcentaje de planes anuales de gestión u otros instrumentos de programación de AP, AH y Emergencias que incorporan medidas de prevención del suicidio.	Planes de Gestión y Estrategias.	DGPAS.

Línea estratégica	Objetivos	Indicador	Fuente de información	Unidad Responsable
3. Medidas de prevención indicada	<p>Evaluar y, en su caso, actualizar el "Proceso de prevención y atención a la conducta suicida en Castilla y León".</p> <p>Coordinar la actuación de los servicios de emergencia y primeros intervinientes en los casos de intentos suicidas.</p> <p>Establecer criterios de detección del riesgo suicida en la atención prestada por distintos teléfonos de información y atención.</p>	<p>Grado de cumplimiento de los indicadores del Proceso de prevención y atención de la conducta suicida en Castilla y León.</p> <p>Elaboración del protocolo para la actuación integrada de profesionales de primera intervención in situ en crisis suicidas.</p> <p>Nº de protocolos de atención telefónica adaptados.</p>	<p>MEDORA, JIMENA, Registro de suicidios, INE.</p> <p>Protocolo para la actuación integrada de profesionales de primera intervención in situ en crisis suicidas.</p> <p>Protocolos de atención telefónica (Gerencia de Emergencias Sanitarias, Dirección General de la Mujer).</p>	<p>DGPAS y IMLCF de Castilla y León.</p> <p>DGPAS y Gerencia de Emergencias Sanitarias.</p> <p>DGPAS.</p>
4. Vigilancia epidemiológica e Investigación	<p>Mejorar los sistemas de vigilancia y la información sobre tentativas y suicidios.</p> <p>Revisar los casos de suicidio para mejorar la prevención y conocer mejor los factores asociados a los mismos.</p> <p>Fomentar la investigación epidemiológica, clínica y social para mejorar la evidencia sobre la conducta suicida y su prevención.</p>	<p>Nº de suicidios registrados en los sistemas de información sanitaria (MEDORA, CMBD, JIMENA)/ nº de suicidios consumados.</p> <p>Nº de investigaciones post-incidente realizadas/ nº de suicidios consumados.</p> <p>Nº de investigaciones sobre conducta suicida con financiación pública.</p>	<p>MEDORA, SIAE, JIMENA, Registro de suicidios, INE.</p> <p>Informes post-incidente (GAES-Servicio de Psiquiatría y Salud Mental) y IMLCF de Castilla y León.</p> <p>Resolución convocatorias y otros, de las Consejerías de Familia, Educación y Sanidad.</p>	<p>DGSICPF y IMLCF de Castilla y León.</p> <p>DGPAS, GAES (Servicio de Psiquiatría y Salud Mental) y IMLCF de Castilla y León.</p> <p>DGPAS.</p>

Línea estratégica	Objetivos	Indicador	Fuente de Información	Unidad Responsable
5. Formación	Capacitar a los profesionales sanitarios, sociales y educativos en la detección, atención y seguimiento de personas en riesgo de suicidio.	Nº de actividades de formación continuada para profesionales de la salud, de los servicios sociales y de la educación que incorporan contenidos específicos sobre la prevención del suicidio y su postvección.	Plan Anual Formación Continua (Consejerías de Sanidad, Familia e Igualdad de Oportunidades y Educación).	DGPAS, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Consejería de Educación.
	Capacitar a profesionales de las fuerzas y cuerpos de seguridad y de primera intervención en manejo de intentos de suicidio y primeros auxilios psicológicos.	Nº de actividades de formación destinados a profesionales de primera intervención y emergencias que incorporan contenidos sobre la atención a crisis suicida y primeros auxilios psicológicos.	Plan Anual de Formación Continuada (Gerencia de Emergencias Sanitarias).	Gerencia de Emergencias Sanitarias.
	Facilitar herramientas a los medios de comunicación sobre el tratamiento informativo de la conducta suicida.	Nº de medios de comunicación participantes.	Cursos y actividades realizados.	DGPAS.

6

ANEXOS

6.1 RELACIÓN DE PARTICIPANTES

En la elaboración de la Estrategia de Prevención de la Conducta Suicida en Castilla y León, han participado un equipo de profesionales de carácter multidisciplinar perteneciente tanto, a diferentes áreas de Sacyl como de otros organismos o instituciones, como la Dirección General de Salud Pública, la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y la Gerencia de Servicios Sociales, la Consejería de Educación y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Palencia, Valladolid y Salamanca. A todos ellos nos gustaría expresarles nuestro más profundo agradecimiento por su implicación y colaboración en el desarrollo de esta Estrategia.

Equipo Coordinador

- **Alfonso José Montero Moreno.** Director General. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
- **Antonio María Sáez Aguado.** Coordinador técnico de la Estrategia.
- **M^a Ángeles de Álvaro Prieto.** Jefa del Servicio de Planificación Sanitaria, Coordinación Sociosanitaria y Salud Mental. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
- **M^a Pilar Herrero Gil.** Servicio de Planificación Sanitaria, Coordinación Sociosanitaria y Salud Mental. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.
- **M^a Rosario Villa Carcedo.** Servicio de Planificación Sanitaria, Coordinación Sociosanitaria y Salud Mental. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria.

Consejería de Sanidad

Gerencia Regional de Salud - Sacyl

- **Almudena Noriega Míguez.** Emergencias Sanitarias de Castilla y León.
- **Jesús Sánchez Hernández.** Psicólogo Clínico. Hospital Universitario de Burgos.

- **José Antonio Blanco Garrote.** Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
- **Laura Fernández Concellón.** Médico adjunto de Urgencias. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.
- **Manuel Ángel Franco Martín.** Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y Complejo Asistencial de Zamora.
- **Mª Amelia Hernández Ramos.** Enfermera especialista en salud mental. GAS Zamora.
- **Mª Carmen Gallego Peláez. Enfermera.** GAP Valladolid Este.
- **Mª Soraya Geijo Uribe.** Psiquiatra infanto-juvenil. GAE Valladolid Este.
- **Marta de la Cruz Martínez.** Coordinadora. UME Palencia de la Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.
- **Yolanda Granja Garran.** GAP Valladolid Oeste.

Dirección General de Salud Pública

- **María García López.** Técnico facultativo. Médica. Servicio de Promoción de la Salud y Salud Laboral.

Consejería de Educación

- **Aída Marín Elices.** Coordinación de Servicios. Dirección General de Formación Profesional Régimen Especial y Equidad Educativa
- **Cristina Gredilla Cardero.** Coordinadora de Servicios. Dirección General de Formación Profesional Régimen Especial y Equidad Educativa

Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades

Gerencia de Servicios Sociales

- **Isidoro Manuel Andrés Corral.** Técnico asesor. Dirección Técnica de Atención a Personas Mayores y Personas con Discapacidad
- **Jose Ignacio Castellano Alonso.** Servicio de Concertación. Dirección Técnica de Atención a Personas Mayores y Personas con Discapacidad.

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Palencia, Valladolid y Salamanca

- **José María Maderuelo Fernández.** Jefe de servicio de patología forense.
- **Victoria García Santos.** Directora.

Oficina técnica y de apoyo

Crowe

- **José Antonio Hernández Martín.** Socio Life Sciences & Healthcare
- **Daniel Martínez Gamote.** Senior Manager Life Sciences & Healthcare
- **María Tejera Ortega.** Supervisora Life Sciences & Healthcare
- **Roberto Galdámez Campos.** Supervisor Life Sciences & Healthcare

6.2 ENTIDADES QUE HAN REVISADO LA ESTRATEGIA

En el proceso de revisión de la Estrategia han participado tanto sociedades científicas como asociaciones de pacientes y familiares, a las que agradecemos su dedicación y apoyo en esta tarea, así como las aportaciones realizadas, las cuales han sido de gran valor para la mejora de la Estrategia.

- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) Castilla y León.
- Fundación Española para la prevención del suicidio.
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).
- Federación de Salud Mental de Castilla y León.
- Asociación Castellana y Leonesa de Psiquiatría (ACyLP).

6.3 ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

- **ACIS:** Agencia Gallega de Gestión del Conocimiento en Salud
- **AH:** Atención Hospitalaria
- **AP:** Atención Primaria
- **CAD:** Centro de atención ambulatoria en Drogodependencias
- **CCAA:** Comunidades Autónomas
- **CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos
- **DGPAS:** Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria
- **DGSICPF:** Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica
- **EUREGENAS:** European Regions Enforcing Actions Against Suicide
- **ESM:** Equipo de Salud Mental
- **GPC:** Guía de Práctica Clínica
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística
- **IMLCF:** Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
- **RAD:** Red de Asistencia al Drogodependiente
- **SIAE:** Sistema de Información de centros sanitarios de Atención Especializada
- **UNICEF:** United Nations Children's Fund
- **UE:** Unión Europea

6.4 ÍNDICE DE ILUSTRACIONES, GRÁFICOS Y TABLAS

Gráficos

Gráfico 1. [pág. 14]

Tasas de suicidio estandarizadas por edad por 100.000 habitantes. 2019.

Gráfico 2. [pág. 15]

Tasa bruta de suicidios por grupos de edad por 100.000 habitantes en la UE-28. 2011-2016.

Gráfico 3. [pág. 16]

Evolución del peso de causas externas de fallecimiento y de suicidio en el total de fallecimientos en España. 2000-2019.

Gráfico 4. [pág. 17]

Muertes por causas externas en España. 2019.

Gráfico 5. [pág. 18]

Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en España por 100.000 habitantes 2000-2019.

Gráfico 6. [pág. 18]

Tasas brutas de suicidios por tramos de edad y sexo en España por 100.000 habitantes. 2019.

Gráfico 7. [pág. 19]

Tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio por tramos de edad y sexo en España por 100.000 habitantes. 2019.

Gráfico 8. [pág. 20]

Métodos de suicidio empleados en España, por sexo. 2019.

Gráfico 9. [pág. 21]

Tasas ajustadas de mortalidad por suicidio en España y CCAA por 100.000 habitantes. 2019.

Gráfico 10. [pág. 23]

Tasa bruta de suicidios por 100.000 habitantes en Castilla y León y España. 2000-2019.

Gráfico 11. [pág. 23]

Tasa ajustada de mortalidad por suicidio en España y Castilla y León por 100.000 habitantes. 2000-2019.

Gráfico 12. [pág. 24]

Tasa ajustada de mortalidad por suicidio en Castilla y León por sexo y ambos sexos por 100.000 habitantes. 2000-2019.

Gráfico 13. [pág. 25]

Tasas brutas de suicidios por tramos de edad y sexo por 100.000 habitantes en Castilla y León. 2019.

Gráfico 14. [pág. 26]

Métodos de suicidio empleados en Castilla y León, por sexo. 2019.

Gráfico 15. [pág. 27]

Tasas brutas de suicidio por provincia, por 100.000 hab. Años 2011, 2013, 2015, 2017 y 2019.

Gráfico 16. [pág. 27]

Ratio de suicidios hombres/mujeres en las provincias de Castilla y León Años 2011, 2013, 2015, 2017 y 2019.

Ilustraciones

Ilustración 1. [pág. 13]

Tasa de suicidios estandarizada anual por 100.000 habitantes, a nivel mundial. Año 2019.

Ilustración 2. [pág. 22]

Ratio de suicidios hombres/mujeres. 2019.

Ilustración 3. [pág. 42]

Mapa de planes y protocolos de prevención y atención al suicidio por CCAA.

Ilustración 4. [pág. 69]

Cuadro de mando de indicadores para el seguimiento de la Estrategia.

Tablas

Tabla 1. [pág. 31] Factores de riesgo individuales.

Tabla 2. [pág. 33] Factores de riesgo familiares y del entorno

Tabla 3. [pág. 36] Factores protectores personales y externos.

6.5 BIBLIOGRAFÍA

- [1] OMS, Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates, 2021.
- [2] OMS, «Prevención del Suicidio, un Imperativo Global,» 2014.
- [3] Kaya, Ahsen; Tosun Tasar, Pinar; Meral, Orhan; Sahin, Sevnaz; Balkay, Mustafa; Ozgur Aktas, Ekin; Akcicek, Fehmi, «The characteristics of older people suicides by sex and age subgroups,» *Legal Medicine*, vol. 46, p. 101721, 2020.
- [4] Naudó-Molist, Jordi; Arrufat Nebot, Francesc X; Sala Matavera, Isabel; Milà Villaroel, Raimón; Briones-Buixassa, Laia; Jiménez Nuño, Jordi, «Análisis descriptivo de los suicidios y la aplicación del método autopsia psicológica durante el período 2013-2015 en la comarca de Osona (Barcelona, España),» *Revista Española de Medicina Legal*, vol. 43, nº 4, pp. 138-45, 2017.
- [5] Cordner, Stephen; Clay, Fiona J.; Basset, Richard; Thomsen, Asser H., «Suicidal ligature strangulation: a systematic review of the published literature,» *Forensic Science, Medicine and Pathology*, vol. 16, nº 1, pp. 123-133, 2020.
- [6] Jiménez Nuño, Jordi; Arrufat Nebot, Francesc X; Carrera Goula, Raquel; Gay Pastor, Montserrat, «Participación de los Institutos de Medicina Legal en los programas de prevención de suicidio: la experiencia de Osona (Barcelona),» *Revista Española de Medicina Legal*, vol. 38, nº 4, pp. 131-136, 2012.
- [7] Prieto Lorenzo V, Maderuelo Fernández J M, Gallardo Borge L, Santos Carrasco I, Queipo de Llano M, San Román Uría A, Uribe Ladrón de Cegam F, Blanco Garrote J A, «Análisis descriptivo del suicidio en el bienio 2018 - 2019 en Valladolid (España),» *Rev Española de Medicina Legal*, 2020.
- [8] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, «Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013,» 2011.
- [9] Xifró, A; Suelves, J M; Martín-Fumadó, C; Gómez-Durán, E L, «Suicidios y fuentes médico-forenses en España,» *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, vol. 8, pp. 46-47, 2015.

- [10] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, «Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida,» 2011.
- [11] Gobierno de La Rioja, «Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja,» 2018.
- [12] Tang NK, Crane C, «Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links,» *Psychol Med*, vol. 36, nº 5, pp. 575-586, 2006.
- [13] Racine M, «Chronic pain and suicide risk: a comprehensive review,» *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, vol. 87, pp. 269-280, 2018.
- [14] Harris EC, Barraclough B, «Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis,» *Br J Psychiatry*, 1997;170:205–28.
- [15] Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Heikkinen ME, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK, «Suicide in major depression,» *Am J Psychiatry*, 1994;151:530–6. .
- [16] Conde López, V; Blanco Garrote, J; Ballesteros Alcalde, M, «El problema del suicidio y su prevención (I),» *An Psiquiatr*, vol. 17, pp. 387-395, 2001.
- [17] Conde López, V; Blanco Garrote, J; Ballesteros Alcalde, M, «El problema del suicidio y su prevención (II),» *An Psiquiatr*, vol. 17, pp. 396-407, 2001.
- [18] Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al, «Suicide prevention strategies: a systematic review,» *Jama*, 2005;294:2064. <https://doi.org/10.1001/jama.294.16.2064>.
- [19] Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G, «The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality,» *Psychol Med*, 2006;36:1225–33. <https://doi.org/10.1017/S003329170600780X>.
- [20] van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum AT, et al, «Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: A review of systematic reviews. Crisis,» 2011;32:319–33. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000109>.
- [21] Möller-Leimkühler, Anne Maria, «The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable?,» *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, vol. 253, pp. 1-8, 2003.

- [22] C. Suso-Ribera, R. Mora-Marín, C. Hernández-Gaspar, L. PardoGuerra, M. Pardo-Guerra, A. Belda-Martínez y R. Palmer-Viciedo, «Suicide in Castellon, 2009-2015: Do sociodemographic and psychiatric factors help understand urban-rural differences?,» *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, vol. 11, pp. 4-11, 2018.
- [23] Li Z, Page A, Martin G, Taylor R, « Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review.,» *Soc Sci Med*, 2011 Feb;72(4):608-16.
- [24] Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V, «Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España,» *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, vol. 8, nº 23, p. 5, 2012.
- [25] Anseán, A, Suicidios: manual de prevención, intervención y postvencción de la conducta, Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2014.
- [26] Cutcliffe, J. R. et al, Routledge International Handbook of Clinical Suicide Research, 2014.
- [27] Hawton, K., Saunders, K. E. A., y O'Connor, R. C., Self-harm and suicide in adolescents, 2012.
- [28] Turecki G, Brent D A, «Suicide and suicidal behaviour,» *Lancet*, vol. 387, nº 10024, p. 1227–1239, 2016.
- [29] McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, de Leo D, et al, «Problem- solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study,» *Psychological Medicine*, 2006;36(1),45-55.
- [30] EU joint action on mental health and wellbeing, «EUROPEAN FRAMEWORK FOR ACTION ON MENTAL HEALTH AND WELLBEING,» 2016.
- [31] Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Dirección General de Salud Pública y Asistencia, I Plan de Salud de Castilla y León., Valladolid, 1991.
- [32] Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Plan Sectorial de Prevención y Atención de las Conductas Suicidas, Valladolid. Aprobado en el BOCyL en 1993.
- [33] Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, II Plan de Salud de Castilla y León, Valladolid, 1998.

- [34] Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, III Plan de Salud de Castilla y León, Valladolid, 2008.
- [35] Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, IV Plan de Salud de Castilla y León, Valladolid, 2015.
- [36] Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, Proceso de Prevención y Atención de la Conducta Suicida, 2016.
- [37] Consejería de Educación, «Decreto23/2014, de 12 de junio, por el que se establece el marco del gobierno,» *BOCYL*, nº 112, pp. 41687 - 41704, 2014.
- [38] BOE, «Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación,» nº 106, 2006.
- [39] OMS, «Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization,» 2018.
- [40] Eurostat, «Tasa de suicidios estandarizada por edad por 100.000,» 2016.
- [41] Navío Acosta M, Pérez Sola V (Coordinadores), Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la salud mental, Wecare-u. Healthcare Communication Group, 2020.
- [42] Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, El día después del suicidio de un familiar o allegado. Información para familiares y allegados, 2010.
- [43] Gobierno de Navarra, «Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas,» 2014.
- [44] Osakidetza y Gobierno Vasco, «Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi,» 2019.
- [45] Santurtún M, Santurtún A, Zarrabeitia MT., «Does the environment affect suicide rates in Spain? A spatiotemporal analysis.,» *Revista Psiquiátrica de Salud Mental*, 2018.
- [46] Fonseca-Pedrero E, Díez Gómez del Casal A, «Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos,» *Revista de Estudios de Juventud*, nº 120, 2018.
- [47] OMS, «Suicide in the world: Global Health Estimates,» 2019.

