



Universidad de Valladolid

**Facultad de Ciencias Económicas
y Empresariales**

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Economía

**Análisis sociodemográfico del
suicidio en España**

Presentado por:

Mar Serrate Fuentes-Dávila

Valladolid, 23 de julio de 2019

RESUMEN

El suicidio es una causa de muerte externa socialmente estigmatizada y propiciada por diversos factores. Se pretende dar a conocer el suicidio desde una perspectiva sociodemográfica, atendiendo a cada uno de los factores que lo favorecen, tanto individuales como familiares y contextuales.

Se ha elaborado, para ello, un análisis estadístico-descriptivo tanto a nivel mundial y europeo como nacional, desagregándolo, a su vez, por comunidades autónomas, incidiendo en aquellas provincias cuyas tasas de suicidio son más llamativas. El fin último es identificar las disparidades entre las distintas áreas geográficas españolas, atendiendo también a la edad y el sexo de su población.

Finalmente, se abordan las actividades de prevención contra el suicidio que llevan a cabo las asociaciones, así como los programas vigentes en nuestro país y en las Comunidades Autónomas, con el fin de dar solución a este grave problema social.

ABSTRACT

Suicide is a socially stigmatized external death cause and caused by several factors. It is intended to make known suicide from a sociodemographic perspective, attending to each of the factors that favor, as well as family and contextual.

For this purpose, a statistical-descriptive analysis has been drawn up at a global, European and national level, disaggregating it, in turn, by autonomous communities, with the most striking striking suicide rates in the provinces. The ultimate goal is to identify the disparities between the Spanish geographical areas, also taking into account the age and sex of its population.

Finally, the prevention activities against suicide carried out by the associations are addressed, as well as the programs in force in our country and in the Autonomous Communities, in order to provide a solution to this serious social problem.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Delimitación conceptual y revisión de la literatura científica.....	5
2.2 Dificultades de medición del fenómeno.....	11
3. METODOLOGÍA	13
4. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO	14
4.1 Situación mundial.....	14
4.2 Situación en la Unión Europea.....	16
4.3 Situación en España.....	18
4.4 Comparación entre Comunidades Autónomas.....	25
5. INICIATIVAS PRIVADAS PARA EL ABORDAJE DEL SUICIDIO	27
6. PLANES DE ACCIÓN CONTRA EL SUICIDIO EN ESPAÑA Y LAS CCAA ..	29
7. CONCLUSIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
REFERENCIAS DE INTERNET	37
ANEXOS	40

ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICOS

Figura 1. Fases de la vivencia suicida.....	6
Figura 2. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida.....	7
Figura 3. Perfil sociodemográfico de un paciente con alto riesgo suicida.....	11
Figura 4. Principales causas de muerte natural y no natural en España, 2017.....	19
Figura 5. Actuaciones más frecuentes para la reducción del número de suicidios en España.....	32
Tabla 1. Evolución de las tasas de suicidio en la UE-28, 2011-2015.....	17
Tabla 2. Número y porcentaje de suicidios por medio empleado en España, 2017.....	20
Tabla 3. Tasa de suicidio por CCAA y sexo por 100.000 habitantes, 2017.....	25
Gráfico 1. Tasas de mortalidad por suicidio por cada 100.000 individuos, 2017.....	15
Gráfico 2. Evolución del número de suicidios en España por sexo, 1980-2017.....	18
Gráfico 3. Número de suicidios por grupos de edad y sexo en España, 2017.....	21
Gráfico 4. Comparativa del número de defunciones por suicidio y accidentes de tráfico en España, 2000-2017.....	23
Gráfico 5. Número de parados en millares y número de suicidios en España, 1980-2017.....	24

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de fin de grado se ubica en el Grado de Economía. Dada la importancia que tiene la formación sociodemográfica en el perfil de un/a economista y los escasos estudios sobre el suicidio desde otros ámbitos que no sean sanitarios o jurídicos, resulta interesante abordar este fenómeno desde una perspectiva sociodemográfica.

El suicidio es un hecho social grave que continúa siendo tabú a pesar de su creciente incidencia, sobre todo entre la población joven. De ahí surge la importancia del análisis de su impacto, así como de las causas y consecuencias que ocasionan las conductas suicidas en el ámbito económico-social, tanto a nivel nacional como autonómico.

Con el fin de profundizar en el estudio del suicidio, se han establecido tres objetivos de análisis que se desarrollarán a lo largo de esta revisión.

- 1) Abordar desde una perspectiva teórica el suicidio como causa de muerte, explicando los potenciales factores de riesgo que inciden sobre este hecho.
- 2) Estudiar desde un enfoque estadístico-descriptivo la situación mundial, europea, nacional y autonómica en la que se encuentra el suicidio.
- 3) Analizar qué iniciativas de carácter público y privado existen en España para abordar dicha cuestión.

Para ello se ha dividido el trabajo en tres partes bien diferenciadas: el marco teórico, la realidad del suicidio y los Planes de acción contra el suicidio.

En el primero se aborda la evolución del concepto de suicidio y los factores que lo potencian. Seguidamente se presenta el suicidio desde una perspectiva mundial, europea y nacional, teniendo en cuenta las Comunidades Autónomas que componen el territorio español y las estadísticas más relevantes que ofrece el INE. Por último, se muestran las actividades que fomentan algunas fundaciones y asociaciones para prevenir el suicidio y los planes de acción que diseñan las Comunidades Autónomas.

2. MARCO TEÓRICO

Desde el enfoque sociodemográfico, suele ser habitual el análisis de la población teniendo en cuenta sus determinantes: natalidad, mortalidad y movimientos migratorios. Sin embargo, dado el objeto de estudio del presente trabajo, nos centraremos únicamente en la mortalidad.

2.1 Delimitación conceptual y revisión de la literatura científica

Los datos de mortalidad son de especial relevancia para conocer la incidencia de la muerte en la población, la morbilidad¹ y el estado de salud de la misma. Además, permiten planificar los recursos sanitarios de forma más eficiente.

Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), la mortalidad hace referencia al número de defunciones por lugar e intervalo de tiempo y ocurridos en una población. Atendiendo a su causa, el Instituto Nacional de Estadística (en adelante, INE), distingue en las estadísticas del Movimiento Natural de la Población, dos causas principales de muerte:

- *Muerte natural*, producida por la vejez o la enfermedad del individuo. Las patologías más comunes en España son los tumores y las enfermedades del sistema respiratorio, circulatorio y nervioso.
- *Muerte no natural*, ocasionada por causas externas que provocan el deceso del sujeto de forma brusca. Destacan el ahogamiento y sofocación, las caídas accidentales, los accidentes de tráfico y el suicidio, siendo ésta última la primera causa de muerte externa y el objeto de estudio del presente trabajo.

La OMS define suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida, haciendo referencia a su origen latino, *sui* (de sí mismo) y *caedere* (acto de matar). Este fenómeno es la última fase de la conducta suicida. Pöldniger (1969) y O'Carroll et al (2007), consideran que el individuo puede pasar por tres estadios (ideación, comunicación y acto) (figura 1), aunque en ocasiones omiten el segundo, pasando de la ideación a la ejecución (suicidio).

¹ Personas que están enfermas o enferman en un determinado momento y lugar.

Figura 1. Fases de la vivencia suicida.

Ideación	Comunicación	Actos
<ul style="list-style-type: none">• Plan suicida.• Deseo de muerte.• Ideas de muerte.	<ul style="list-style-type: none">• Amenaza suicida.• Expresiones verbales y no verbales.	<ul style="list-style-type: none">• Suicidio• Intentos suicidas.• Gestos suicidas.

Fuente: Elaboración propia a partir de O'Carroll et al (2007).

Durkheim, desde una perspectiva *sociológica* simple, definió el suicidio como “todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, aun sabiendo el resultado” (Durkheim, 1897, pp. 13), señalando que el contexto social es lo que más incide en la decisión del suicida. Además, analizó en su obra, *El suicidio* (1897), los cuatro tipos:

El suicidio *altruista* se da por la escasa importancia que cree tener el individuo, por lo que el acto se ejecuta en beneficio de otros, aceptando como propio el bien común. El *egoísta* lo fomentan las personas individualistas que no se adaptan a la sociedad ni a sus reglas. Cuando se generan cambios de valores o situaciones de crisis, se produce el suicidio *anómico* y, por último, un exceso de regulación ejerce una fuerte presión social sobre el individuo, lo que se denomina suicidio *fatalista*.

Para el sociólogo Baechler, es “toda conducta que busca y encuentra solución a un problema existencial en el hecho de atentar contra la vida del sujeto” (Baechler, 1975, pp. 77). Considera que es independiente de la sociedad, y lo relaciona con el sentimiento de fracaso o semifracaso del individuo. En este último escenario actúan los trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, estableciendo medidas preventivas y de ayuda a pacientes con riesgo suicida.

Desde la *suicidiología*², Shneidman (1985) definió este fenómeno como el acto consciente de autoliquidación, entendido como un malestar multidimensional

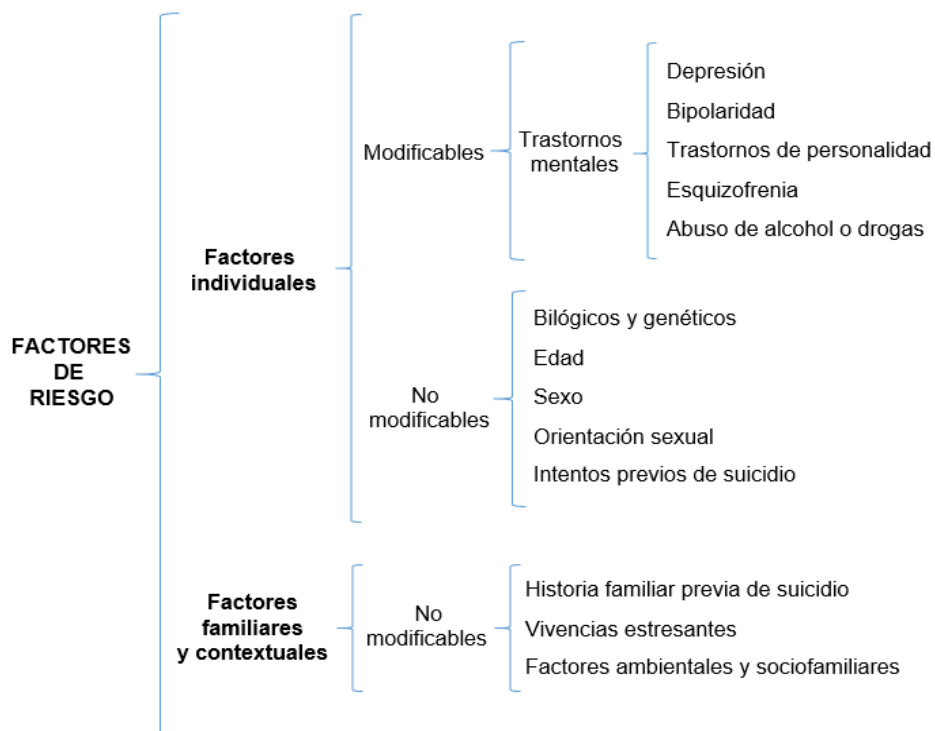
² Ciencia de los comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos.

en un individuo que considera este acto como la mejor solución. Concepto que más se aproxima a la realidad moderna, dada la inclusión de distintos factores.

El suicidio es un fenómeno complejo que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, hasta entenderse como el acto deliberado de quitarse la vida por la incidencia de múltiples factores.

La OMS califica como factor de riesgo cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (en este caso el suicidio). Es uno de los asuntos que más les interesa a los profesionales, por lo que la mayoría los clasifica en dos grupos: factores individuales y factores familiares y contextuales. Además, dentro de éstos, distinguen entre factores modificables y no modificables, dependiendo de si se pueden tratar clínicamente (Bobes et al, 2011) (figura 2).

Figura 2. Factores de riesgo asociados a la conducta suicida



Fuente: Elaboración propia a partir de Bobes et al (2011)

Tras su clasificación, se va a proceder a explicar cada grupo de factores y a qué se debe que se puedan o no modificar mediante tratamientos médicos.

1. Factores individuales

Están asociados con el perfil sociodemográfico de una persona. Beck et al (2014) destacan los trastornos mentales como la depresión, la bipolaridad, el trastorno de personalidad, la esquizofrenia o el abuso de alcohol y otras sustancias estupefacientes como potenciales factores de riesgo suicida. Sin embargo, pueden corregirse con tratamientos médicos.

Casi el total de la población que se suicida padece trastornos depresivos (Mitjans y Arias, 2012) y, en muchas ocasiones, dan positivo en consumo de alcohol y/o estupefacientes (Lejoyeux et al, 1994). Además, la OMS señala los trastornos bipolares como la segunda enfermedad mental que más afecta, seguida de la esquizofrenia, cuyo riesgo suicida aumenta en las primeras fases de la enfermedad y medio año después del alta psiquiátrica (FAFES, 2006).

Dentro de este grupo, también se encuentran los factores no modificables, propios de cada individuo. Navío y Villoria (2014) estudian los factores biológicos y genéticos. Por su parte, Mingote et al (2004) consideran también la edad, el sexo, la orientación sexual y los intentos previos de suicidio, mientras que O'Connor y Noyce (2008) aportaron la idea del perfeccionismo social.

Los factores biológicos están interrelacionados con la serotonina³. Los pacientes con intentos previos de suicidio (sobre todo violentos) y los que han consumado el acto, presentan un desajuste negativo de esta hormona (Vargas y Saavedra, 2012).

Más complejo es el factor genético, ya que solo algunos autores consideran que los genes pueden estar asociados a este tipo de fenómenos (Tovilla-Zarate y Genis, 2012). Adicionalmente, estudios como el de Conn et al (2018), confirmaron la relación entre los genes y la muerte autolítica. De forma análoga, otros investigadores señalan que lo que es hereditario son los trastornos mentales como la depresión (Hernández et al, 2016).

³ Sustancia química que está presente en las neuronas y regula los estados de ánimo (conocida como hormona de la felicidad).

En los países desarrollados, durante la adolescencia, por la escasa tolerancia y capacidad resolutive y en edades avanzadas, por la utilización de métodos letales, es mayor la intencionalidad suicida y el número de suicidios consumados (García-Resa et al, 2002).

Por lo general, en los países occidentales, los hombres tienen mayores tasas de suicidio (Cano et al, 2011), y las mujeres, mayor número de intentos (Nock, 2008). También los intentos previos de suicidio, durante el primer año, son el principal indicador de riesgo suicida, sobre todo en ancianos.

O'Connor y Noyce (2008) lo asociaron al perfeccionismo social, que es el sentimiento de responsabilidad del hombre para proteger y cuidar de su familia (rol de género). Por eso, cuando pierden el trabajo, se sienten avergonzados y fracasados, en ocasiones, por la baja autoestima. Las mujeres, por el contrario, aunque también puedan considerar la idea de suicidio, tienen más lazos sociales, y valoran la opinión que tendrán de su familia o la situación de desamparo en la que se quedarán sus hijos. Por esta razón suelen quedarse en tentativas.

2. Factores familiares y contextuales

Muy relacionados con los anteriores, suelen ser fundamentalmente considerados desde el punto de vista sociológico. En este punto se encuadran los suicidios de familiares, los hechos vitales estresantes y los factores ambientales y sociofamiliares, todos ellos inmodificables desde la perspectiva sanitaria, de acuerdo con la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (2012).

Los antecedentes de suicidio de amigos y familiares, sobre todo de primer grado, aumentan considerablemente el riesgo de sufrir una vivencia suicida, siendo las mujeres las principales afectadas. Normalmente, este hecho se denomina efecto "contagio" o Werther.

Se observa también que durante los tres meses previos a la tentativa suicida, se suele dar algún hecho estresante (FAFES⁴, 2006). Son determinantes las pérdidas personales (divorcio, separación o muerte) o financieras (pérdida de dinero o empleo), así como los problemas legales o el cambio de estatus (Sarasola et al, 2016). Por su parte, Nock (2008), considera también la violencia de género o las enfermedades terminales.

También influyen los factores ambientales y sociofamiliares, cuyo riesgo depende del apoyo que reciben los individuos con conductas suicidas, sobre todo, familiar, pero también depende del nivel económico y educativo, así como de la situación laboral y la religión (Mingote et al, 2004).

Navío y Villoria (2014) incluyen dentro de los factores ambientales, la localización geográfica y el clima, puesto que la tasa de suicidio de las urbes es mayor que en los pueblos (Gutiérrez, 1998). Con el aumento de la temperatura también hay distorsiones en las tasas de suicidio, siendo las más elevadas en mayo y junio, según la revista Nature Climate Change (2018).

Atendiendo a los factores sociofamiliares, el apoyo que recibe el paciente es, en muchas ocasiones, un elemento protector (Nock, 2008).

En materia educativa, la OMS concluyó que los profesionales menos cualificados son más susceptibles a sufrir vivencias suicidas, así como los viudos, solteros y divorciados (Cano et al, 2011). Lo contrario ocurre con la religión, dado que está inversamente relacionada con la tasa de suicidio y actúa como un factor protector (Bertolote y Fleischmann, 2002).

Finalmente, atendiendo a los múltiples autores, se ha extraído en un cuadro resumen (figura 3) el perfil sociodemográfico de un individuo cuyo riesgo de suicidio es potencialmente superior al del resto de la población.

⁴ Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.

Figura 3. Perfil sociodemográfico de un paciente con alto riesgo suicida.

Factores de riesgo	Características
Sexo	Hombre
Edad	> 45 años
Estado Civil	Soltero Separado Viudo
Ocupación	Desempleado Jubilado
Entorno	Urbano
Conducta suicida	Intentos previos
Salud mental	Con trastornos
Apoyo social	Escaso

Fuente: Elaboración propia a partir de Cano et al (2011)

Tras revisar parte de la literatura que hay sobre el suicidio, no se puede afirmar que todos los suicidas siguen un mismo patrón, sino que depende del contexto o las circunstancias individuales de cada sujeto. Aun así, se ha observado que hay factores que potencian el riesgo de sufrir una conducta suicida, sobre todo si se combinan varios factores en una misma persona.

2.2 Dificultades de medición del fenómeno

Para prevenir el suicidio es imprescindible conocer su alcance. Por eso, en este apartado, se va a tratar de averiguar por qué hay discrepancias entre los datos reales y los que ofrecen las entidades oficiales.

Previamente se ha visto que un individuo puede morir por causas naturales o ajenas al mismo. En el primer caso se expide el Certificado Médico de Defunción (CMD), mientras que si el médico lo califica como muerte violenta⁵ o las pruebas son confusas, se tramita por la vía judicial (Gisbert, 2017).

Es importante esta aclaración porque en la práctica hay muertes no naturales que se certifican y muertes que sí lo son que se judicializan, provocando el sesgo de las estadísticas oficiales.

⁵ Sinónimo de muerte no natural.

Por su parte, Stone et al (2017), consideran que la infraestimación puede darse por las familias del difunto. En numerosas ocasiones, el facultativo certifica un suicidio como accidente para evitar causar más dolor o estigmas entre los familiares. De forma análoga, si no existen evidencias claras de suicidio y los allegados niegan la posibilidad de una muerte auto infligida, puede calificarse como causa indeterminada. Este rechazo se basa en motivos religiosos, ya que no está bien visto por la Iglesia, culturales o económicos, puesto que, si se trata de un suicidio, se pierde el derecho a cobrar el seguro de vida.

Otra de las causas que mencionan Stone et al (2017) es la financiación, ya que, en ocasiones, no se suele disponer de los recursos humanos y económicos necesarios para esclarecer las causas de la muerte.

Por último, de acuerdo con Giner y Guija (2013), la subestimación de los datos puede deberse a las discrepancias entre los registros de los IML e INE.

Cuando la muerte se tramita judicialmente, el forense realiza la autopsia en el IML de la provincia donde han ocurrido los hechos y emite un informe al Juzgado de Instrucción, quien, a su vez, deberá facilitar los datos a las Oficinas de Registro Civil. Una vez en el Registro, un funcionario cumplimenta el Boletín Estadístico de Defunción y lo envía a la Delegación Provincial del INE para que lo incluya y pueda ofrecer las cifras oficiales del suicidio en España. Por tanto, la divergencia surge por la falta de estandarización en la recogida de datos por parte de los IML, y por la pérdida progresiva de información como consecuencia del gran número de intervinientes durante el proceso.

A la vista de la información, a pesar de que el INE proporciona las cifras oficiales de los suicidios, no representan una imagen fiel de la realidad. Los motivos son diversos, pero en su mayoría se debe a los estigmas, la falta de recursos económicos y el largo proceso que sigue la certificación de este tipo de muertes.

3. METODOLOGÍA

El presente trabajo se ha abordado mediante dos enfoques: uno *cualitativo*, donde se recoge el análisis documental, y otro *cuantitativo*, orientado al análisis estadístico-descriptivo.

Atendiendo al proceso que se ha seguido para la elaboración del documento, se pueden definir varias etapas:

En primer lugar, se ha realizado una lectura de la información disponible, con el fin de conocer la incidencia del suicidio en la población. Para ello, se ha recurrido a la literatura de autores que previamente ya habían investigado este fenómeno.

Posteriormente, se ha tratado de explicar por qué hay distorsiones entre los datos que ofrecen los organismos oficiales y los que realmente existen, ya que hay una clara infraestimación de las cifras de suicidio.

Más adelante, con la información obtenida de Datosmacro, se da una visión cuantitativa de este fenómeno, segregándola por continentes para ver cómo afecta a la población esta causa de muerte. Asimismo, se estudia la evolución en la Unión Europea y, más concretamente, de España, incidiendo en los factores y sucesos producidos a lo largo de cada etapa.

Seguidamente, se presentan algunas de las estadísticas generales a nivel nacional que proporciona el INE en relación a los suicidios. En primer lugar, se ofrece el método empleado para culminar el acto, puesto que difiere según el sexo del suicida. En segundo lugar, se muestra la evolución por grupos de edad, detallando las causas que provocan que un segmento de la población tenga mayores tasas de suicidio por 100.000 habitantes que otros. Para conseguirlo, se han utilizado indicadores sociodemográficos como la edad media para tener el primer hijo, las tasas de paro, el número de divorcios y separaciones, la edad de jubilación y la esperanza de vida. En tercer lugar, una comparativa de cómo han evolucionado las muertes autolíticas y las causadas por accidentes de tráfico. Por último, tras profundizar en la lectura de otras revisiones, se han obtenido evidencias de la estrecha relación que mantienen

los suicidios con el desempleo, sobre todo cuando es de larga duración. A nivel autonómico también se estudian las principales causas que inducen a un individuo a ejecutar su propia muerte, teniendo en cuenta, para ello, las provincias que las componen, la localización geográfica, el clima y el índice de envejecimiento de su población.

Finalmente, se abordan las actividades que llevan a cabo en España las entidades sin ánimo de lucro para reducir las conductas suicidas, así como los Planes de Prevención del Suicidio pioneros e innovadores que tienen algunas Comunidades Autónomas de nuestro país.

4. EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

Según la OMS, la epidemiología estudia la distribución de las enfermedades y los fenómenos relacionados con la salud, entre los que se encuentra el suicidio, y también aplica medidas controladoras. Para realizar las investigaciones epidemiológicas se utilizan estudios descriptivos que analizan su distribución, además de los analíticos, que indican los factores que las producen.

Por tanto, en relación a lo anterior, se van a presentar los datos oficiales a nivel mundial (OMS y Datosmacro) y europeo (Eurostat), así como los del INE para el ámbito nacional, abarcando las Comunidades Autónomas.

Para comparar la situación de los distintos países, se utilizan las tasas de suicidio por 100.000 habitantes. De este modo, podemos clasificarlas en bajas (menos de 5 suicidios por 100.000 habitantes), medias (entre 5 y 15), donde se sitúa España con 7,51 por 100.000 habitantes y altas (entre 15 y 30). En los casos más extremos, se pueden encontrar tasas por encima de los 30 suicidios por 100.000 habitantes, como es el caso de Lituania (Platt, 1984).

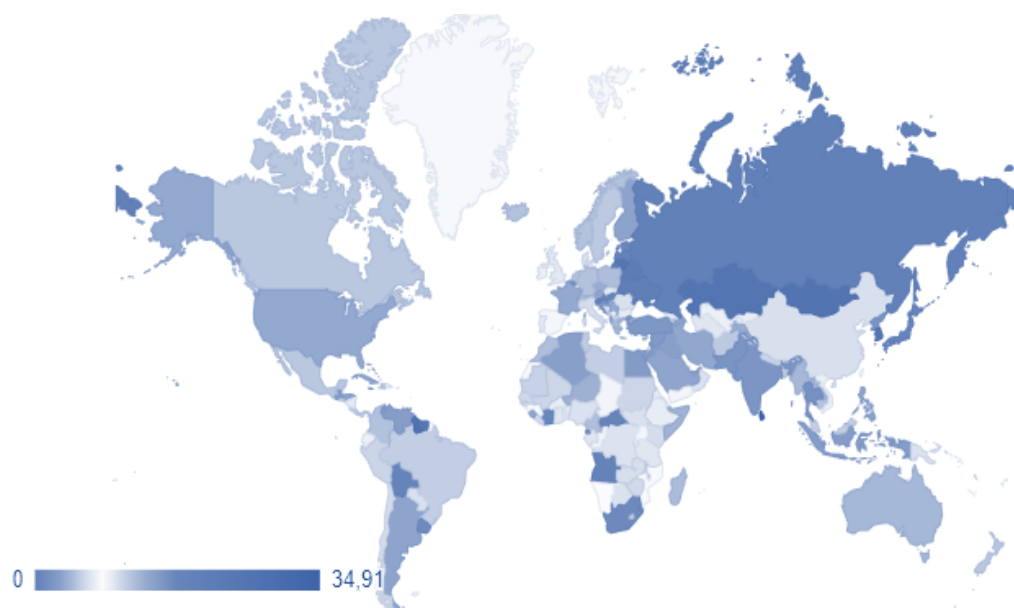
4.1 Situación mundial

La OMS estima que el número de defunciones en 2018 por este fenómeno a nivel mundial fue de 800.000 al año, sin contar las tentativas, que se calcula que sean unos 16 millones, es decir, 20 por cada acto culminado. Además, entre los jóvenes de entre 15 y 29 años, es la segunda causa de muerte,

consecuencia de los bajos niveles de tolerancia y la escasa capacidad para la resolución de problemas.

Por su parte, Datosmacro publicó un informe detallado por continentes con las cifras más recientes, (gráfico 1), donde se puede ver que Asia es el que más suicidios por 100.000 habitantes tiene, seguido de Europa, Sudamérica, Norteamérica, Oceanía y América Central.

Gráfico 1. Tasas de mortalidad por suicidio por cada 100.000 individuos, 2017



Fuente: Datosmacro.com

A grandes rasgos, parece que se suicidan más personas en los países más pobres (Sri Lanka, Surinam o Mongolia) y más fríos (países bálticos o Rusia). También tiene influencia el carácter de la población, ya que, en los países de Centroamérica y del Norte de África, las tasas de suicidio son muy bajas.

Según la investigación de Oswald et al (2011), la cantidad de suicidios podría relacionarse con el nivel de felicidad⁶. Por ejemplo, EEUU, Canadá, Dinamarca, Islandia, Irlanda o Suiza son los países más felices según la revista Forbes y, pese a la gran paradoja, de los países que registran más suicidios.

Si se analiza por continentes, en América se observan tres grandes zonas: el espacio *norteamericano*, que lo forman Estados Unidos, con 14 suicidios por

⁶ Disponer de dinero para hacer y comprar cualquier cosa: ropa, comida, ocio, coche, casa, etc.

cada 100.000 habitantes y Canadá con 11,5. *América Central*: con El Salvador encabezando la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes con 10,5, Nicaragua con 9,5 y México con 5,2. Por último, *Sudamérica*, cuyas primeras posiciones las ocupan Guyana (29) y Surinam (25,5) y, por debajo de 20, Bolivia (18,7) y Uruguay (16,8). En el otro extremo, Venezuela, Colombia, Brasil y Perú, con tasas por cada 100.000 inferiores a 5.

El continente *asiático* lo lideran Sri Lanka (34,9), Mongolia (28,1), Kazajistán (27,4), Corea del Sur (26,5) y Japón (18,2). Es llamativo el dato del primero porque su tasa de suicidio por 100.000 habitantes es la más alta del mundo, motivado por la pobreza, las enfermedades mentales y el desempleo. Además, la tasa femenina también es de las más elevadas (13,4).

En el caso de Corea del Sur y Japón, una de las principales razones por las que hay tantas defunciones por esta causa es el arraigado rol de género que existe, ya que consideran que el hombre debe mantener a su familia para ser honorable. En caso contrario, se sienten fracasados y toman la vía del suicidio.

Oceanía, con cifras en torno a 12 por cada 100.000 tanto en Australia como en Nueva Zelanda, y cerca de 10 en Papúa Nueva Guinea.

Por último, *Europa*, con tasas por encima de 20 en los países bálticos, Bielorrusia, Ucrania o Rusia, y en torno a 5, Albania, Grecia, Macedonia o Italia.

El problema deriva del perfil de las sociedades, que cada vez son más individualistas y exigentes, lo que genera altos niveles de estrés. Además, el índice de tolerancia entre los jóvenes es mínimo, complicando así la aceptación de derrotas y, por consiguiente, elevando el número de suicidios consumados (fatalista), ya que es la única solución que encuentran a sus problemas.

4.2 Situación en la Unión Europea

En 2015, según el informe de Eurostat elaborado en julio de 2018, de los 5,2 millones de fallecimientos que se produjeron en la Unión Europea, las muertes por suicidio representaban un 1,1% (56.200 personas). De éstas, el 77% eran hombres, sobre todo, en edades comprendidas entre los 45 y los 60 años.

Para su análisis, se han utilizado los datos de los 28 países de la UE desagregados y ordenados según el último año disponible (tabla 1). España registra unas tasas por debajo de la media, situándose en quinto lugar de los que tienen menor tasa, tan solo por detrás de Reino Unido, Italia, Grecia y Chipre. Lo contrario ocurre con Lituania, Eslovenia, Letonia, Hungría y Croacia.

Tabla 1. Evolución de las tasas de suicidio por 100.000 habitantes en la UE-28, 2011-2015

País	2011	2012	2013	2014	2015
Lituania	33,4	30,7	36,1	31,5	30,3
Eslovenia	21,7	21,5	21,7	18,9	20,7
Letonia	21,2	21,8	19,1	19,0	19,3
Hungría	24,6	24,1	21,2	19,4	19,0
Croacia	16,6	18,2	16,2	16,8	17,3
Bélgica	19,3	18,8	17,3	17,3	16,9
Estonia	16,3	18,4	17,0	18,3	15,9
Austria	15,5	15,2	15,4	15,3	14,5
Polonia	16,0	16,7	16,4	15,5	14,2
Francia	16,9	15,8	15,5	14,1	14,1
Luxemburgo	11,5	10,7	9,3	13,4	13,9
Finlandia	16,9	16,1	16,4	14,6	13,5
República checa	15,2	16,0	15,2	14,4	13,2
Suecia	12,0	12,4	13,0	12,1	12,3
Alemania	11,9	11,5	11,8	11,9	11,7
Rumanía	13,0	12,7	12,2	11,3	11,4
Países bajos	10,0	10,7	11,3	11,1	11,3
UE-28	11,7	11,7	11,7	11,3	10,9
Portugal	9,5	10,0	9,8	11,3	10,4
Dinamarca	11,1	12,2	11,3	11,9	10,2
Irlanda	12,1	12,1	11,1	10,8	9,5
Bulgaria	10,4	12,1	9,8	9,9	9,3
Eslovaquia	10,6	11,1	12,1	10,8	9,2
Malta	4,5	6,4	5,1	8,3	7,6
España	6,7	7,4	8,1	8,2	7,5
Reino Unido	6,7	7,2	7,4	7,1	7,4
Italia	6,5	6,7	6,6	6,3	6,1
Grecia	4,2	4,4	4,8	5,0	4,7
Chipre	4,0	3,8	5,2	4,5	4,5

Fuente: Elaboración propia con datos de Eurostat

Por lo general, todos los países han visto disminuir sus tasas de suicidio como consecuencia del aumento de intervenciones eficaces, tales como la restricción al acceso de los métodos suicidas (armas de fuego o sustancias tóxicas) o la prevención y tratamiento adecuado para la depresión.

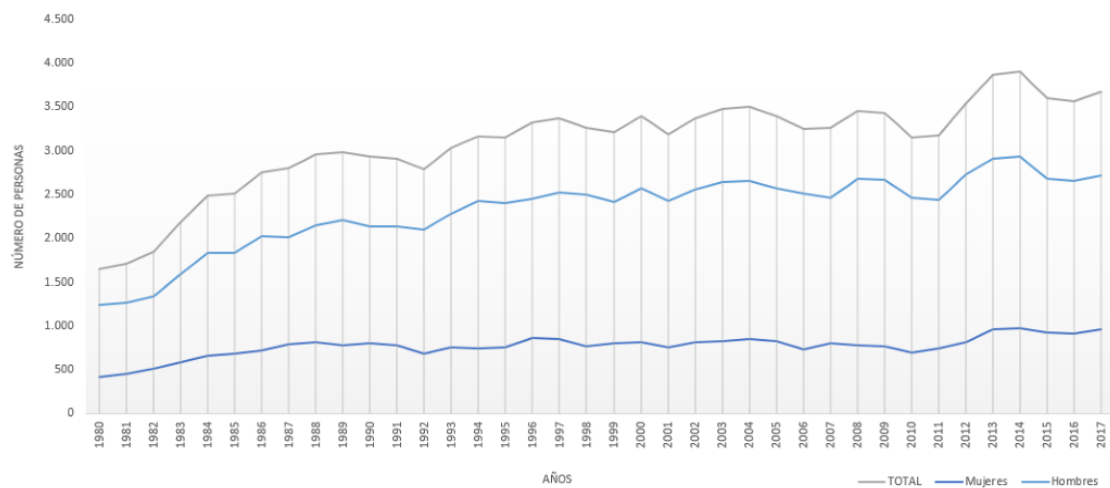
La mayoría de países con altas tasas de suicidio son del Este de Europa (Letonia, Hungría y Lituania). Son países pequeños, con un clima frío y de

religión protestante. En el otro extremo, los países con menores tasas de suicidio, situados al sur, de religión católica u ortodoxa (Bertolote y Fleischmann, 2002) y con un bagaje cultural de muchos siglos (Italia, Grecia y España). Aunque hay excepciones: Eslovenia (católico) y Reino Unido (protestante), que no cumplen con el “patrón” de la religión.

4.3 Situación en España

En España, durante el periodo 1980 y 2017, tuvo una tendencia claramente creciente en número de suicidios, tanto para el conjunto de la población como para el colectivo masculino. Los suicidios de mujeres, sin embargo, no han sufrido variaciones significativas a lo largo de los casi cuarenta años analizados (gráfico 2).

Gráfico 2. Evolución del número de suicidios en España por sexo, 1980-2017



Fuente: Elaboración propia con datos de la estadística de defunciones por suicidio del INE

En tan solo nueve años (1980-1989), los suicidios casi llegaron a duplicarse. Posiblemente por el impacto negativo que provocó la reconversión industrial, ya que se redujo drásticamente el empleo por la caída de la producción y el cierre de empresas, así como por las políticas restrictivas que se aplicaron para cumplir con los objetivos de entrada en la UE.

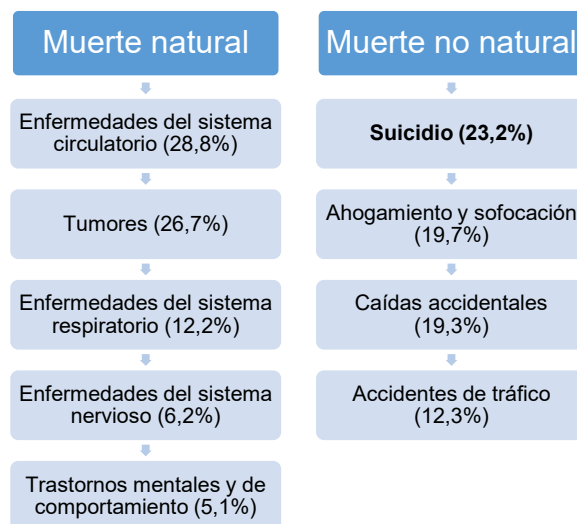
Durante los tres años posteriores, se produjo un ligero descenso de las muertes auto infligidas, alcanzando el mínimo en 1992. Fecha en la que se celebraron los Juegos Olímpicos de Barcelona, la Expo de Sevilla y la construcción del

AVE Madrid-Sevilla, pudiendo influir en la reducción del número de parados e indirectamente en el riesgo potencial de suicidio.

Del 2011 al 2014 fue el peor periodo en cuanto a número de suicidios. Durante estos años aumentó el desempleo (21,8% en 2011; 25 en 2012; 26,7% en 2013 y 24,4% en 2014) y el número de desalojos por impago de hipotecas. Además, en este último año, se batió el récord de muertes por esta causa (3910).

Según datos del INE, la población española en 2017 fue de 46.722.980. El número de fallecidos en este mismo año fue de 424.523, de los cuales, un 96,3% fueron debidos a causas naturales, mientras que el 3,7% restante se asocia a causas no naturales (figura 4).

Figura 4. Principales causas de muerte natural y no natural en España, 2017



Fuente: Elaboración propia con datos de la estadística de defunciones por causas del INE

Dentro de las causas de muerte natural, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad femenina, y la segunda entre los hombres, especialmente en la población mayor de 79 años. Por el contrario, los tumores afectaron más a los hombres que a las mujeres, sobre todo entre los menores de 14 años y entre 40 y 79 años.

En la categoría de muerte no natural, el 41,1% del total de las defunciones afecta al intervalo de edad comprendido entre los 15 y los 39 años. El suicidio se sitúa a la cabeza de este grupo con 3.679 casos, cerca del 1% de las

mueres en España. La tasa de suicidios respecto la población total es de 7,9 por 100.000 habitantes.

Los métodos más utilizados para culminar el acto se dividen en nueve grandes categorías. En la tabla 2, se muestran tanto el número de personas como el porcentaje que representa cada una de ellas.

Tabla 2. Número y porcentaje de suicidios por medio empleado en España, 2017

Método	Total		Hombres		Mujeres	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Ahorcamiento	1.684	45,8	1412	51,9	272	28,3
Precipitación	890	24,2	526	19,4	364	37,9
Envenenamiento	451	12,3	265	9,7	186	19,4
Armas de fuego	192	5,2	184	6,8	8	0,8
Otros	159	4,3	107	3,9	52	5,4
Colisión	106	2,9	85	3,1	21	2,2
Ahogamiento	106	2,9	62	2,3	44	4,6
Arma blanca	71	1,9	63	2,3	8	0,8
Inhalación	20	0,5	14	0,5	6	0,6
TOTAL	3.679	100	2718	100	961	100

Fuente: Elaboración propia con datos según el método empleado para el suicidio del INE

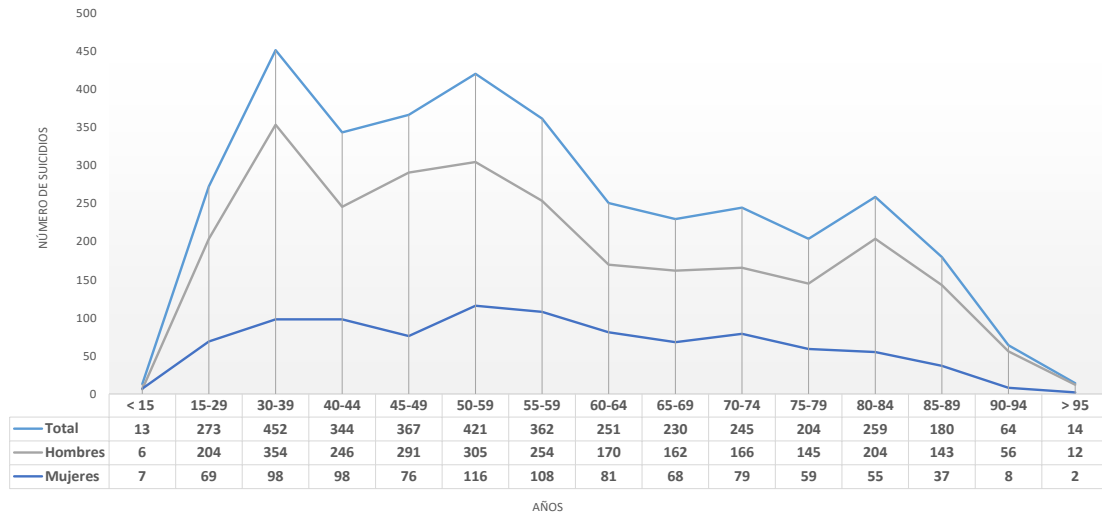
El ahorcamiento se emplea en casi la mitad de los suicidios, sobre todo por los hombres (51,9%). En cambio, las mujeres, prefieren saltar desde lugares elevados (37,9%), que es el segundo método más utilizado, representando la cuarta parte de estas muertes.

Por su parte, el envenenamiento y las armas de fuego, ocupan el tercer y cuarto lugar respectivamente. La primera se utiliza dos veces más en el colectivo femenino porque, al ser tratadas con fármacos para la depresión, tienen un mayor acceso a los mismos, mientras que los varones prefieren, en mayor medida, las armas de fuego para intentar contra su vida. Además, es significativo el dato de las mujeres porque no alcanza ni siquiera el 1%. Podría deberse a los roles de género, ya que culturalmente son los hombres los que tienen más facilidades para acceder a las armas.

En relación a lo anterior, se constata que, por lo general, los hombres utilizan métodos más violentos y letales (ahorcamiento, armas de fuego y armas blancas) que las mujeres, explicando así por qué el número de actos

culminados en la población masculina triplica al femenino, incluso por grupos de edad (gráfico 3).

Gráfico 3. Número de suicidios por grupos de edad y sexo en España, 2017



Fuente: Elaboración propia con datos del número de suicidios por edad y sexo del INE

Con las cifras de suicidios de 2017 segregadas, se distinguen dos fases. La primera, desde el nacimiento hasta los 64 años, donde se concentra el mayor número de muertes (2.483) y la segunda, de los 65 en adelante, con 1.196. Adicionalmente, destacan tres intervalos de edades; entre los 30 y los 39 (alcanzando el máximo, 452), entre los 50 y 59 (421) y entre los 80 y 84 (259).

La primera fase, desde el nacimiento hasta los 64 años, se asocia con la vida laboral de una persona, a excepción del periodo comprendido entre los 0 y los 15 años. Por tanto, es lógico que el grueso de los suicidios se concentre en esta etapa.

Entre los 30 y los 39 años se registraron 452 muertes por suicidio, la mayor cifra por tramo de edad para todo el año 2017. La explicación es bastante compleja y podría deberse a varios factores relacionados entre sí (la natalidad, el desempleo y las pérdidas personales, entre otros).

Es el tramo donde más nacimientos hubo (235.434), puesto que, según estima el INE, la edad media para tener el primer hijo es de 32,08. A simple vista no debería ser un problema, sin embargo, 896.100 personas estaban en paro, de

las cuales, el 34,1% eran de larga duración⁷ (anexo 1). Dada esta situación y el elevado número de divorcios y separaciones (27.369), se puede establecer la hipótesis de un incremento en el número de circunstancias estresantes para la población. Así, la única solución que contemplaron fue la de atender contra su vida.

Otro intervalo fatal es el comprendido entre los 50 y los 59 años. Normalmente a estas edades la población tiene una familia, un empleo y unas deudas que pagar (hipoteca, coche, seguros, etc). Analizando las cifras del INE, hubo un total de 22.689 divorcios y separaciones, además de 798.800 personas paradas, de las cuales, un 54,2% eran de larga duración como consecuencia de la edad, de no haberse adaptado al nuevo entorno o de la falta de experiencia en otros sectores en los que intentaban buscar empleo.

A modo de explicación, podemos suponer que estas circunstancias, la próxima edad de jubilación (65 años) y la obligación de cotizar durante los 20 últimos años, hizo que vieran peligrar la pensión para su vejez. Como resultado, aumentaron los casos de desesperanza y, por consiguiente, el número de suicidios para este tramo de edad se convirtió en el segundo más alto.

En España, la esperanza de vida está en torno a los 84 años. Éste podría ser una referencia relevante a la hora de analizar porqué aumentan las muertes auto infligidas a partir de los 75, alcanzando su máximo entre los 80 y los 84 años. A pesar de los avances médicos y el aumento de la esperanza de vida, de los 65 años en adelante comienzan a aparecer enfermedades crónicas (se calcula que el 70% tienen al menos una), enfermedades graves o diagnósticos complicados. Por eso, la tasa de suicidios se eleva, ya que hay pacientes que consideran que son una lacra para la sociedad o para su familia (suicidio altruista). También por la pérdida familiar, puesto que es probable que hayan perdido a su pareja y se sientan solos.

Según informa Javier Jiménez, presidente de la AIPIS⁸, “la mayoría de las personas mayores que intentan suicidarse, lo consiguen”. Se debe a que no

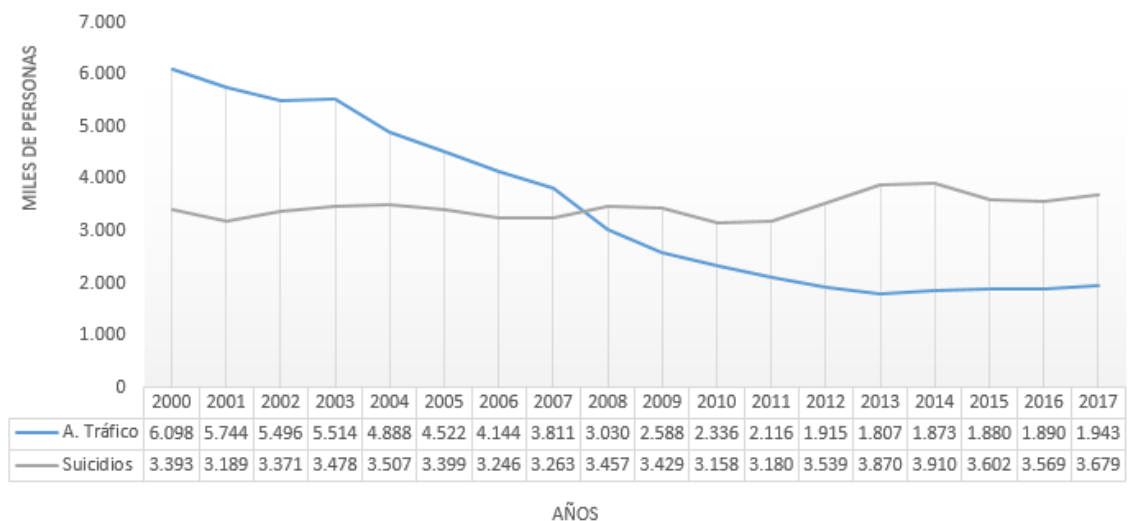
⁷ Llevan sin trabajar más de dos años.

⁸ Asociación de Investigación, Prevención de Intervención del Suicidio.

atravesan la fase de comunicación de la conducta suicida, sino que lo viven en silencio mientras planifican su muerte, llevándoles a utilizar métodos más letales y con una remota probabilidad de rescate.

En nuestro país, como en la mayoría, el suicidio continúa siendo un hecho tabú, por lo que no existen políticas preventivas firmes que se apliquen tan eficientemente como en otros ámbitos; violencia de género o seguridad vial, entre otros. Prueba de ello es que durante casi diez años consecutivos está siendo la primera causa de muerte no natural en España, por delante, incluso, de los accidentes de tráfico (gráfico 4).

Gráfico 4. Comparativa del número de defunciones por suicidio y accidentes de tráfico en España, 2000-2017

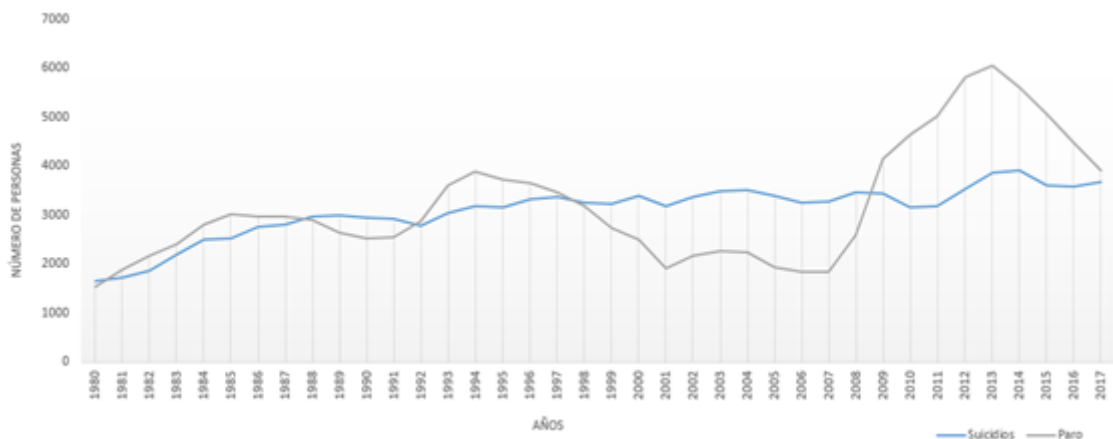


Fuente: Elaboración propia con datos del INE

A comienzos de siglo, los accidentes de tráfico duplicaban el número de suicidios. Sin embargo, las campañas de prevención de la Dirección General de Tráfico (DGT), favorecieron el descenso de las muertes por accidentes en carretera. Por el contrario, la cifra de suicidios ha ido aumentando progresivamente hasta invertir la situación de 1980.

Al comparar el número de parados con el de suicidios (gráfico 5), se observa una tendencia similar entre ambas variables a lo largo de todo el periodo analizado, lo que hace pensar que están estrechamente relacionadas.

Gráfico 5. Número de parados en millares y número de suicidios en España, 1980-2017



Fuente: Elaboración propia con datos del INE

La tabla anterior muestra que durante las épocas de crisis (cuando hay un incremento del desempleo), no se produce un efecto inmediato sobre este tipo de muertes, sino que hasta 18-24 meses después no hay aumentos significativos. La explicación podría ser que, a pesar de haber más despidos, las personas empleadas tienen derecho al subsidio por desempleo, permitiéndoles mantener su nivel de vida. Caducada la prestación surgen los problemas económicos y en muchos casos también personales (divorcios, separaciones, etc), con lo que aumentan las tasas de suicidio.

Además, Rory O'Connor, presidente de la Academia Internacional de Investigación sobre el Suicidio, incide en el perfeccionismo social, otro factor que pone en jaque a la población, especialmente entre los varones.

Generalmente, los hombres no son proclives a pedir ayuda cuando tienen algún problema de salud mental, y en numerosas ocasiones abusan de sustancias como el alcohol. El problema surge cuando su ingesta es excesiva, ya que se puede profundizar la depresión y aumentar los comportamientos impulsivos, aumentando el riesgo de suicidarse con métodos más lesivos y letales.

4.4 Comparación entre Comunidades Autónomas

Para cotejar las tasas de suicidio entre las diecisiete Comunidades Autónomas y las dos Ciudades Autónomas, se han ordenado de forma decreciente las tasas del total de la población (tabla 3).

Tabla 3. Tasa de suicidio por Comunidad Autónoma y sexo por 100.000 habitantes, 2017

Comunidad Autónoma	Total		Hombres		Mujeres	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Asturias	138	13,4	93	19,0	45	8,4
Galicia	323	12,0	242	18,6	81	5,8
Canarias	206	9,7	153	14,5	53	4,9
Baleares	104	9,2	71	12,6	33	5,8
Castilla y León	219	9,1	156	13,1	63	5,2
Andalucía	702	8,4	513	12,4	189	4,4
País Vasco	183	8,3	138	12,9	45	4,0
Valencia	407	8,2	288	11,8	119	4,7
Castilla y La Mancha	159	7,8	128	12,6	31	3,1
Aragón	102	7,8	77	11,9	25	3,8
La Rioja	23	7,3	19	12,2	4	2,5
Extremadura	77	7,2	61	11,5	16	3,0
Navarra	46	7,1	38	11,9	8	2,4
Cataluña	519	6,8	385	10,3	134	3,5
Murcia	92	6,2	77	10,4	15	2,0
Madrid	345	5,2	255	8,1	90	2,6
Cantabria	28	4,8	19	6,7	9	3,0
Ceuta	4	4,7	3	6,9	1	2,4
Melilla	2	2,3	2	4,6	0	0

Fuente: Elaboración propia con datos del INE

Atendiendo a los datos, Asturias y Galicia cuentan con las tasas de suicidio por 100.000 habitantes más grandes, 13,4 y 11,9 respectivamente, y Melilla la que menos con 2,3. Las primeras por estar localizadas en zonas montañosas, con pueblos aislados, pequeños y con pocos habitantes, lo que produce un sentimiento de soledad.

Adicionalmente, a pesar del cambio meteorológico de los últimos años, Galicia y Asturias se caracterizan por tener un clima lluvioso y de poca luz (Navío y Villoria, 2014). Esto, añadido a las prejubilaciones en la industria y la minería y

el elevado índice de envejecimiento⁹ de la población (anexo 2) (192,5% en Galicia y 209,9% en Asturias), parece que son más propensos a la depresión y optan, en mayor grado, por suicidarse.

Además, tres de las cuatro provincias (anexo 3) que componen Galicia (Lugo, A Coruña y Ourense, tienen tasas por 100.000 habitantes de 17,4, 12,4 y 11,9 respectivamente), situándose en las primeras cinco posiciones en cuanto a la tasa de suicidio, junto con Zamora, Asturias, Ávila y Huesca, que tienen una tasa por encima de los 11 suicidios por cada 100.000 habitantes.

En número, A Coruña es de las provincias que más muertes auto infligidas registran (139), representando casi el 50% del conjunto gallego (323). Solo le superan cinco de las cincuenta que hay: Madrid (341), Barcelona (357), Valencia (188), Alicante (167) y Sevilla (157).

En el ranking de suicidios, se encuentran en tercera y cuarta posición el Archipiélago Canario (9,7) y las Islas Baleares (9,2), consecuencia del clima, la lejanía y el carácter de sus habitantes, según los psicólogos y sociólogos. Además, en el caso de Canarias, la ansiedad y la depresión supera la media mundial debido al déficit de psicólogos en Atención Primaria.

La Comunidad Autónoma de Castilla y León ocupa el quinto lugar con una tasa por cada 100.000 personas de 9,1 para el año 2017, superior a la media nacional (7,9). Dentro de la misma, Zamora, Ávila, Salamanca, León, Soria y Valladolid registran, en orden decreciente, tasas por encima de 8, situándose en la primera mitad de la tabla de mortalidad por suicidio.

Zamora y Salamanca están próximos a la raya, limítrofes con Portugal. Es una de las zonas más despobladas y envejecidas de España. A su vez, las provincias de León y Zamora colindan con Galicia y Asturias, lo que parece indicar que la geografía y el aislamiento son dos de los factores que más influyen negativamente en las tasas de suicidio de esta comunidad.

⁹ Relación entre la cantidad de personas adultas mayores de 65 años y la cantidad de niños y jóvenes menores de 15.

Según la información del INE, el 80% de estas muertes se produjeron entre los 40 y los 80 años, elevándose su cifra a partir de los 65. Señalar que es la tercera CCAA con mayor índice de envejecimiento de España (190,4%), por lo que es otro de los factores que motivan a este sector de la población a suicidarse.

En el lado opuesto de la tabla se encuentran las ciudades autónomas de Melilla (2,3) y Ceuta (3,5), además de Cantabria (4,6) y Madrid (5,2), todas ellas con tasas de suicidios por 100.000 habitantes bastante bajas.

La Comunidad de Madrid es la única que cuenta con un programa específico de prevención, de ahí que tenga una de las tasas más bajas a nivel nacional. Cantabria, por el contrario, no dispone de este tipo de programa, pero sí posee un ambicioso Plan de Salud Mental, garantizando la atención de las personas afectadas por enfermedades mentales. Indirectamente esto reduce el riesgo de suicidio, ya que, según informa la OMS, el 90% de los casos están condicionado por este tipo de enfermedades.

Para concluir, destacar la importancia que tienen los planes regionales de Salud Mental y los programas de prevención del suicidio a la hora de reducir el número de muertes autoinfligidas, ya que, aunque no es el único determinante, es el que más incide en las personas que se suicidan.

5. INICIATIVAS PRIVADAS PARA EL ABORDAJE DEL SUICIDIO

En España no existe ningún plan nacional de prevención del suicidio, por eso han surgido varias iniciativas por parte de entidades sin ánimo de lucro, de las que se destacan cinco:

1. El *Teléfono de la Esperanza*¹⁰, fundada en 1971. Actualmente tiene presencia en más de la mitad de las provincias españolas y colabora con asociaciones de nueve países de América y Europa.

Cuenta con el certificado de Excelencia Europeo por su gran labor de ayuda inmediata, gratuita y anónima. El servicio es presencial o vía telefónica, ésta última con un total de 113.410 llamadas en 2018, de las cuales, 1.567 fueron

¹⁰ ONG fundada por Serafín Madrid en Sevilla.

de personas que manifestaron de forma explícita su intención de suicidio. Adicionalmente, ponen a disposición de la población talleres específicos que engloban los potenciales factores de riesgo suicida.

2. *Asociación "Después del Suicidio-Asociación de Supervivientes" (DSAS)*. Como se ha indicado, uno de los factores que favorecen el riesgo de cometer un acto suicida son los intentos previos de suicidio, tanto propios como de allegados. Como respuesta, en 2012 se creó la primera asociación sin ánimo de lucro catalana, cuyo fin es eliminar los estigmas sociales del suicidio, concienciar de las consecuencias fatales que se derivan de este hecho y dar apoyo moral a los supervivientes. Desde sus inicios hasta la fecha han dado soporte a más de 600 personas con reuniones periódicas que abarcan todo el proceso de duelo del individuo.

3. *Asociación Besarkada-Abrazo*. Es una asociación navarra cuyo nombre cobra sentido al considerar que el abrazo es una de las muestras de acompañamiento que más profundo llegan. Surge con tres líneas de actuación principales: acoger y compartir las vivencias propias con otras personas que están en duelo, realizar una tarea de prevención, poniendo especial énfasis en aquellos individuos que han perdido a un ser querido y promover y participar en proyectos de otras entidades para hacer más eficiente el tratamiento.

4. *Fundación española para la prevención del suicidio (FSME)*. Es una institución sin ánimo de lucro que pertenece a la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP)¹¹, y cuenta con varias iniciativas:

- Desde el año 2013 tiene un observatorio del suicidio que analiza y divulga los datos de la conducta suicida, con el fin de prevenir y reducir el número de muertes por esta causa.
- Dispone de un centro de documentación sobre conductas suicidas, donde se puede encontrar información sobre la epidemiología, las guías para profesionales de la salud y de las telecomunicaciones o programas de

¹¹ Fundada por el Profesor Erwin Ringel y el Dr. Norman Farberow en 1960.

prevención de la conducta suicida, incluyendo documentos específicos para la infancia y la adolescencia.

- Guías para pacientes y familiares afectados por este hecho.
- Un curso online de Autopsias Psicológicas para mejorar la investigación del suicidio y para facilitar el duelo de los allegados.
- Han sido pioneros en la creación de la primera aplicación en español para la prevención del suicidio "Prevensuic". Es una herramienta de ayuda a las personas con ideas suicidas y sus familiares, pero también para los profesionales de la salud de todos los niveles.

5. *Sociedad Española de Suicidiología (SES)*, es una asociación científica creada en 2015 con el fin de prevenir y dar a conocer el suicidio de la mano de psicólogos y psiquiatras.

Todas las Asociaciones tienen el objetivo común de plantear actividades que logren prevenir las conductas suicidas, e incluso algunas se centran en dar apoyo a los familiares y amigos del difunto durante su proceso de duelo.

6. PLANES DE ACCIÓN CONTRA EL SUICIDIO EN ESPAÑA Y LAS CCAA

Desde 1996, las Naciones Unidas y la OMS recomiendan elaborar políticas y planes preventivos que mantengan relación con otros programas de salud pública del país, además de crear un comité de seguimiento y evaluación de dichas medidas. En 1999 la OMS puso en marcha el Programa SUPRE¹² a nivel mundial, orientado al reconocimiento de los factores de riesgo y a la protección de los mismos.

Además, elaboró una lista con los objetivos que, al menos, deben incluir los Planes de Prevención del Suicidio: el diagnóstico y tratamiento de la depresión en la atención primaria, la accesibilidad a los centros de salud y la asistencia social, la visibilización del fenómeno en los medios de comunicación de forma responsable y el fomento de programas contra el *bullying*¹³ en los colegios.

¹² Prevención de suicidios.

¹³ Anglicismo referido al acoso físico y/o psicológico continuado a un alumno por sus compañeros.

En el año 2003, la IASP y la OMS fijaron el 10 de septiembre como el *Día Mundial del Suicidio*, y en 2018 se puso en marcha la *I Carrera solidaria para la prevención del suicidio* en Madrid.

Se repasan a continuación las principales iniciativas en materia de prevención y/o abordaje de las conductas suicidas de carácter público.

a) Ámbito nacional

Casi un cuarto de siglo después de que las Naciones Unidas y la OMS recomendaran crear un plan de prevención contra el suicidio, nuestro país continúa sin elaborarlo, al igual que la mayoría de países del mundo, ya que sólo 28 cuentan con estrategias de este tipo.

A pesar de todo, en febrero de 2019 se celebró en el Congreso de los Diputados la *I Jornada Reivindicativa por la creación de un Plan de Prevención del Suicidio*, en la que se exigió que este fenómeno comenzara a cobrar importancia en las agendas políticas.

No obstante, cabe destacar que en materia de acoso escolar, sí existe un Plan Nacional (AEPAE¹⁴). Es un paquete de cuatro propuestas: protocolos de actuación en colegios e institutos, difusión de guías de actuación y una Ley de Prevención de la Violencia en las Aulas. Todo ello con el fin de reducir el creciente *bullying*, e, indirectamente, las tasas de suicidio en niños y niñas y adolescentes.

b) Ámbito autonómico

Dado que no existen políticas firmes por parte del Estado, las Comunidades Autónomas han tomado las riendas del problema mediante planes definidos e innovadores, cuyo fin es reducir el número de suicidios.

Destaca, en primer lugar, la *Generalitat Valenciana*, que en 2017 presentó un *Plan de Prevención del Suicidio* pionero en nuestro país, de acuerdo con el Presidente de la FSME, Andoni Anseán. Con dicho plan se consiguió detectar 250 conductas suicidas mensuales más que antes de su aplicación.

¹⁴ Asociación Española para la Prevención del Acoso Escolar.

El programa cuenta con un Plan de Gestión de Riesgo que ayuda a personas con conductas suicidas, incidiendo especialmente en las víctimas de violencia de género (se incluirán en el sistema Sivio¹⁵), en las personas sin hogar mediante la coordinación de los servicios sociales y médicos, en las que cumplan penas penitenciarias y en los jóvenes que sufran bullying y cyberbullying.

Disponen de una atención individualizada que establece las pautas entre el paciente y los familiares o profesionales, con el fin de orientar al individuo en situaciones de riesgo. Adicionalmente, se les hará un seguimiento con registros específicos.

La *Comunidad de Madrid*, con su programa “¡No estás solo! No te avergüences”, sigue dos líneas estratégicas de actuación: la estandarización de los procedimientos clínicos y el desarrollo de programas formativos que ayuden a prevenir las conductas suicidas, así como la implantación de programas clínicos piloto. Para ello disponen de una Campaña de “Prevención de la Depresión y el Suicidio” y planes de formación de los profesionales de atención primaria.

Castilla y León tiene en su sistema de salud (Sacyl), un *Plan de Prevención y Atención de la conducta suicida* con cuatro líneas de actuación: El I planteó una disminución del 5% de los suicidios consumados, y al menos un 10% en los que estaban en tratamiento, promoviendo programas de detección, valoración y seguimiento. El II realizó programas específicos en grupos de riesgo suicida. El III, además, desarrolló programas de seguimiento a las personas con intentos suicidas, y el IV desarrolla e implementa la atención de la conducta suicida en tres niveles jerárquicos, según la incidencia en el paciente (anexo 4)

1. Atención primaria: detección, evaluación y formulación del riesgo suicida. Seguidamente, si es necesario, deben derivar al paciente al Servicio de Urgencias y Salud Mental y prestar apoyo emocional al familiar en duelo.

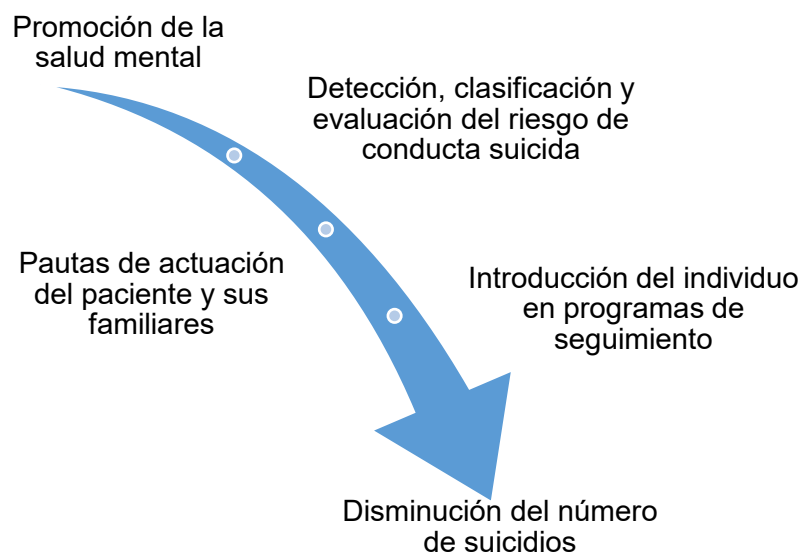
¹⁵ Sistema de Información para la detección y actuación frente a la Violencia de género en personas adultas.

2. Servicios de Urgencias: triaje¹⁶ de psiquiatría para las personas con riesgo suicida, donde tienen prioridad los pacientes con trastornos mentales.
3. Servicios de Salud Mental: plan de protección del paciente en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Tras el alta hospitalaria, deben revisar la continuidad del tratamiento y, en los casos de riesgo medio/alto, hacen un seguimiento de la continuidad terapéutica ambulatoria.

Es un plan que requiere de nuevas medidas y de una aplicación más eficiente, puesto que Castilla y León es la quinta Comunidad Autónoma con mayores tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes.

Para concluir, la figura 5 resume y selecciona las cuatro pautas más importantes de los distintos programas autonómicos revisados para disminuir los suicidios

Figura 5. Actuaciones más frecuentes para la reducción del número de suicidios en España



Fuente: Elaboración propia

¹⁶ Término francés aplicado en medicina para clasificar a los pacientes según la urgencia.

7. CONCLUSIONES

Tras el estudio de los datos oficiales y la revisión de diversas investigaciones médicas, sociales y legales, se puede concluir que el suicidio es un fenómeno muy complejo y personal, pero también social. Incluso habiendo factores estándar que potencian el riesgo de la conducta suicida, no se puede extraer un patrón que se adapte a todos los afectados, ya que entran en juego los valores, la personalidad y las emociones de cada individuo, así como el contexto en el que se encuentra.

Los datos ofrecidos por la OMS, Eurostat y el INE, prueban fehacientemente que el número de hombres que se suicidan triplica al de las mujeres en la mayoría de países. Principalmente por el perfeccionismo social, las vivencias traumáticas y el uso de métodos más letales y violentos. A pesar, no obstante, de la importancia cuantitativa del fenómeno, las cifras que se barajan subestiman su incidencia real.

Por último, señalar la clara incidencia positiva que ejerce el diseño y aplicación de planes preventivos sobre las tasas de suicidio. Se debería establecer un protocolo de actuación desde el Gobierno ante las conductas suicidas, operando en las primeras fases y haciendo un seguimiento minucioso de las personas con perfil de riesgo. A pesar de todo, España es el quinto país con menores tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes en la UE-28, situándose por debajo de la tasa media mundial.

A modo de reflexión, partiendo de la necesidad imperiosa de contar con actividades de prevención, coordinados por los servicios sociales, la educación, la sanidad, los medios de comunicación, el trabajo y la justicia, considero que el método más efectivo para prevenir los suicidios es una adecuada comunicación de los problemas personales. El motivo es que quien comparte sus conflictos, lo hace porque trata de buscar ayuda, ya que, en ocasiones, somos nosotros mismos los que nos generamos pensamientos erróneos.

De ahí surge la importancia de concienciarnos sobre la relevancia que tiene el suicidio, problema cuya atención puede y debe mejorar, y al que debería empezarse a dar mejor visibilidad con el fin de que la sociedad trate el asunto

con normalidad. Sólo así se podrán eliminar los estigmas, y se auxiliará de forma más efectiva a las personas con ideas suicidas. Ésto no sólo reduciría el riesgo potencial de sufrir una conducta suicida, sino que también evitaría el padecimiento de familiares y allegados por sentir que no han sido capaces de detectar el problema antes del fatal desenlace.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t (2012): "Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida". Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Galicia.

ALVIRA, F; CANTERAS, A (1997): *El suicidio juvenil*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Instituto de la juventud. Madrid.

ANSEÁN, A. y colaboradores (2014): *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fsme.¹⁷. Madrid.

BAECHLER, J (1975): *Les suicides, préface de Raymond Aron*. Paris.

BECK, M; AARON, T; HARVEY, L; RESNIK, H; LETTIERI, D (1974): *The prediction of suicide*. Charles Press, Bowie. Maryland.

BERTOLETE, J.M; FLEISCHMANN, A (2002): "A global perspective in the epidemiology of suicide". *Suicidologi*, 7(2), pp.6-8.

BOBES GARCÍA, J., GINER UBAGO, J., SAIZ RUIZ, J (2011): *Suicidio y psiquiatría*. Triacastela. Madrid.

BURKE, M; GONZÁLEZ, F; BAYLIS, P; HEFT-NEAL, S; BAYSAN, C; BASU, S; HSIANG, S (2018): "Higher temperatures increase suicide rates in the United States and Mexico". *Nature climate change*, 8, pp.723-729.

CANO, P; PENA, J.M; RUIZ, M (2011): *Las conductas suicidas*. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Malaga.

COON, H; DARLINGTON, T.M; DIBLASI, E; BRANDOM, W; FERRIS, E; FRASER, A et al (2018): "Genome-wide significant regions in 43 Utah high-risk families implicate multiple genes involved in risk for completed suicide". *Molecular Psychiatry*, pp.1-14

DIEKSTRA, R (1993): "The epidemiology of suicide and parasuicide". *Acta Psychiatrica Scandinava*, 87, pp.5-60.

DURKHEIM, É. (1897): *El suicidio*. Akal. Madrid.

¹⁷ Fundación Salud Mental España

FERRER, R.M; ALARCÓN, C; ARAGONÈS, T; CARRASCO, R.M; GARRIGA, R; MESQUIDA, J.M. (2017): "La muerte, una cuestión de vida. Haciendo trabajo social". Col.legi oficial de treball social de Cataunya.

GARCÍA-RESA, E; BRAQUEHAIS, D; BLASCO, H; RAMÍREZ, A; JIMÉNEZ, L; DÍAZ-SASTRE, C; BACA-GARCÍA, E; SAÍZ, J (2002): "Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio". *Acta española de psiquiatría*, 30(2), pp.112-119.

GINER, L y GUIJA, A (2013): "Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal". Elsevier España. Sevilla.

GOLDNEY, R. (2005). "Suicide prevention: a pragmatic review of recent studies". *Crisis*, 26(3), pp.128-140.

GUTIÉRREZ, J (1998): "Predominance of urban suicides over rural suicides in Spain". *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afine*, 26 (2), pp.111-115.

HERÁNDEZ, P.A; ENRIQUE, R.E (2015): "Algunas especificaciones en torno a la conducta suicida". *Medisan*. 19(8).

HERNÁNDEZ, M; MARAÑÓN, Q; MATO, X (2016): "Genética de la depresión". *Universitat Autònoma de Barcelona*.

IMELDA, G.I (2005): "El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural". *Cuicuilco*, 12(33), pp.153-171.

LEJOYEUX, M; LEON, E; ROUILLÓN, F (1994): "Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide". *L'Encephale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 20(5), pp.495-503.

LEY ORGÁNICA 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 143.

LÓPEZ, M.A; CABALLERO, C.G (2017): "La visión social del suicidio. Factores familiares y sociales relacionados con los casos de suicidio presentados en la ciudad de San Francisco de Campeche". Instituto Campechano.

MANN,J; APTER, A., BERTOLOTE, J. (2005): "*Suicide prevention strategies: a systematic review*". *Jama*.

MANN, J; BORTINGER, J; OQUENDO, M; CURRIER, D; LI, S; BRENT, A (2005): "Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders". *An K Psychiatry*, 162, pp.1672-1679.

MINGOTE, J.C; JIMÉNEZ, M.A; OSORIO, R; PALOMO, T (2004): "Suicidio. Asistencia clínica". *Guía práctica de psiquiatría médica*. Díaz de Santos. Madrid.

MITJANS, M; AIRIAS, B (2012): "La genética de la depresión: ¿qué información aportan las nuevas aproximaciones metodológicas?". *Actas Esp Psiquiatr*, 40(2) pp.70-83.

MORALES, M., JIMÉNEZ, J (1996): "El suicidio desde la perspectiva forense". Colombia, pp.29-37.

NAVARRO, N (2017): "El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles". *Clínica y Salud*. Universidad de Almería, vol 28(1), pp.25-31.

NAVÍO, M., VILLORIA, L. (2014): Factores de riesgo de la conducta suicida. En *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp.117-194). Fsme. Madrid.

NOCK, M.K; BORGES, G; BROMET, E.J; KESSLER, R.C; LEE, S (2008): "Suicide and suicidal behavior". *Epidemiol Rev*, 30, pp.133-154.

O'CARROLL, P; BERMAN, A; MARIS, R; MOSCICKI, E; TANNEY, B; SILVERMAN, M. (1996): *Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for the suicidology*. "Suicide Life Threat Behaviors", 26(3).

O'CARROLL, P.; BERMAN, A, SANDDAL, N; JOINER, T; SILVERMAN, M. (2007): Rebuilding the Tower of Babel: a revisited nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. *Suicide Life Threat Behaviors*, 37(3).

O'CONNOR, R; NOYCE, R (2008): *Personality and cognitive processes: Self-criticism and different types of rumination as predictors of suicidal ideation*. "Behaviour Research and Therapy", 46, pp.392-401.

OMS (2014): "Prevención del suicidio, un imperativo global". Organización Panamericana de la Salud. Luxemburgo.

OMS (2000): "Prevención del suicidio, un instrumento para profesionales de los medios de comunicación". *Departamento de Salud Mental*. Ginebra.

OSWALD, A, J; DALY, M.C; WILSON, D; WU, S (2011): "Dark Contrasts: The Paradox of High Rates of Suicide in Happy Places". *Journal of Economic Behavior & Organization*. Elsevier, 80(3), pp. 435-442.

PLATT, S. (1984). *Unemployment and suicidal behaviour*. "Social Science & Medicine", 19, pp.93-115.

PÖLDNIGER, W (1969): *La tendencia al suicidio*. Ed. Morata. Madrid.

ROCAMORA, A (2014): Intervención telefónica en crisis suicidas. En *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* (pp.235-248). Fsme. Madrid.

RODRÍGUEZ, F; GONZÁLEZ, L; GRACIA, R; MONTES, D (1990): "El suicidio y sus interpretaciones teóricas". *Cátedras de Psiquiatría y Psicología Médica*. Facultad de Medicina La Laguna, Canarias. *Psiquis*, 11, pp.374-380.

SALMERÓN, M.J; INOSROZA, C; CARBALLO, J.J; GÓMEZ, J (2017): *Jóvenes: bullying y cyberbullying*. Revista de estudios de juventud. Fundación ANAR. Madrid.

SÁNCHEZ, C (2014): *Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. Fsme.es. Madrid, pp.435-491.

SARASOLA, J.L; MORA, M.M; VALLEJO, A (2016): "Suicidio y trabajo social". *Revista internacional de investigación e innovación educativa*. Sevilla.

SHNEIDMAN, E (1985): *Definition of suicide*. John Wiley & Sons Inc. New York.

STONE, D; HOLLAND, K; BARTHOLOW, B; LOGAN, J; LIKAMWA, W; TRUDEAU, A; ROCKETT, I. (2017): "Cómo descifrar el suicidio y otros tipos de muerte asociados a la intoxicación por drogas: Consulta de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades". *Pan American Journal of Public Health*, 41.

SUESCÚN, J.D; CABALLERO, D; FUENTES, CARLOS; CEBALLOS, G (2016): "Características sociodemográficas y suicidios consumados en Santa Marta y Bucaramanga". *Universidad de Magdalena*. Colombia, 17(1), pp.17-28.

TOVILLA-ZARATE, C.A; GENIS, A.D (2012): "Los genes, el sistema serotoninérgico y la conducta suicida". *International Journal of Psychological Research*, 5(1), pp.52-58

VARGAS, H; SAAVEDRA, J (2012): "Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes". *Revista Neuropsiquiátrica*, 75(1), pp.19-28.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005): "*WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Suicide Prevention*". Helsinki.

REFERENCIAS DE INTERNET

ANAR: Ayuda a Niños y Adolescentes con Riesgo [fecha de acceso: 20/04/2019]. Disponible en: <https://www.anar.org/informacion-institucional/>

Asociación internacional para la prevención del suicidio [fecha de acceso: 19/04/2019]. Disponible en: https://www.iasp.info/wspd/2008_wspd_index_03_spanish.php

Besarkada-abrazo. Asociación de Personas Afectadas por el Suicidio de un Ser Querido [fecha de acceso: 30/06/2019]. Disponible en: <http://besarkada-abrazo.org/>

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de diciembre 2018. Tabulación por Comunidad Autónoma [fecha de acceso: 18/04/2019]. Disponible en: http://datos.cis.es/pdf/Es3234ccaa_A.pdf

Consejo general de la psicología en España [fecha de acceso: 7/04/2019]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7556

Datosmacro.com. Suicidio mundial [fecha de acceso: 11/06/2019]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/mortalidad/causas-muerte/suicidio>

Después del Suicidio – Asociación de Supervivientes (DSAS) [fecha de acceso: 30/06/2019]. Disponible en: <https://www.despresdelsuicidi.org/>

El certificado médico de defunción [fecha de acceso: 07/04/2019]. Disponible en: <http://www.lexsanitaria.com/el-certificado-medico-de-defuncion/>

El “socialismo democrático” de los países nórdicos frente a las políticas austeras neoliberales [fecha de acceso: 08/04/2019]. Disponible en: <https://paradigmamedia.org/el-socialismo-democratico-de-los-paises-nordicos-frente-a-las-politicas-austericidas-neoliberales/>

Eurostat. Estadísticas de defunción por suicidio 2015. Datos de la Unión Europea [fecha de acceso: 27/02/2019]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00122>

Eurostat. “Just over 56.000 persons un the EU committed suicide” (2018). [Fecha de acceso: 10/06/2019]. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180716-1?inheritRedirect=true&redirect=%2Feurostat%2Fweb%2Fmain%2Fhome>

FEAFES: Afrontando la realidad del suicidio (2016). Orientaciones para su prevención [fecha de acceso: 17/04/2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est14.pdf.pdf

Fundación Salud Mental España (FSME) [fecha de acceso: 30/06/2019]. Disponible en: <https://www.fsme.es/>

INEbase. Instituto Nacional de Estadística [fecha de acceso: 26/02/2019]. Disponible en: www.ine.es.

La soledad, principal causa de los suicidios en la población de la tercera edad [fecha de acceso: 19/04/2019]. Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/suicidio-tercera-edad-soledad-dispara-numero-suicidios-poblacion-tercera-edad.html>

Medicina legal [fecha de acceso: 07/04/2019]. Disponible en: <https://medicinalegalunivia.wordpress.com/2015/05/11/concepto-de-muerte-natural-violenta-y-sospechosa-de-criminalidad/>

OMS [fecha de acceso: 30/06/2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida en Valencia [fecha de acceso: 19/04/2019]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio+WEB+CAS.pdf>

¿Por qué los europeos se suicidan más que los latinoamericanos? (2014). Infobae [Fecha de acceso: 10/05/2019]. Disponible en: <https://www.infobae.com/2014/02/15/1543904-por-que-los-europeos-se-suicidan-mas-que-los-latinoamericanos/>

Portal de Transparencia de la Comunidad de Madrid. Programa de Prevención del Suicidio [fecha de acceso: 12/06/2019]. Disponible en: <http://www.madrid.org/es/transparencia/informacion-institucional/planes-programas/programa-prevencion-del-suicidio>

Problemática en torno al certificado médico de defunción [fecha de acceso: 07/04/2019]. Disponible en: <https://www.eupharlaw.com/problematika-en-torno-al-certificado-medico-de-defuncion/>

Sacyl: Sanidad de Castilla y León. Prevención y atención de la conducta suicida [fecha de acceso: 19/04/2019]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida>

Sociedad Española de Suicidiología (SES) [fecha de acceso: 30/06/2019]. Disponible en: <https://suicidologia.jimdo.com/>

Teléfono de la esperanza [fecha de acceso: 19/04/2019]. Disponible en: <http://www.telefonodelaesperanza.org/>

OWD: Our World in Data [fecha de acceso: 07/05/2019]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/suicide#ihme-suicide-rates>

ANEXOS

Anexo 1:

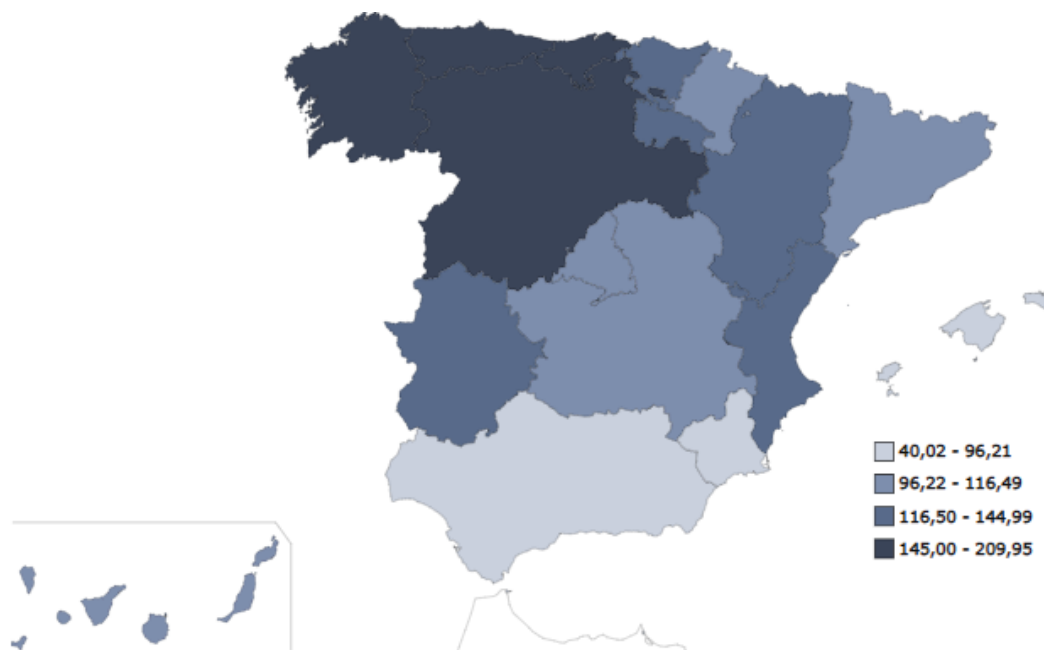
Número de parados (en miles) por tiempo de búsqueda de empleo y edad.

Edad	Total	Encuentra	< 1 mes	1 - 3 meses	3 - 6 meses	6 - 12 meses	1 - años	> 2 años
16-19	141,5	8,9	13,6	34,7	25,9	28,0	23,0	7,4
20-24	436,7	36,8	32,1	79,9	59,5	60,3	74,5	93,6
25-29	484,9	44,7	32,2	74,0	57,4	67,6	70,0	138,9
30-34	425,8	37,7	19,7	64,2	51,8	48,0	62,4	142,0
35-39	470,3	42,4	24,7	60,4	55,0	53,4	71,3	163,1
40-44	493,4	43,9	23,7	56,0	49,2	55,7	66,0	198,8
45-49	484,2	38,4	21,5	49,7	45,9	50,1	67,0	211,7
50-54	440,4	25,0	16,3	41,0	34,4	42,7	56,2	224,7
55-59	358,4	17,9	9,3	24,8	23,5	31,1	43,7	208,2
60-64	173,9	6,8	3,1	8,4	8,3	14,9	20,3	112,0
65-69	6,8	0,4	0,1	0,5	0,5	0,5	0,6	4,2
> 70	0,7	0,1	..	0,1	0,1	0,1	..	0,2
Total	3.917	303	196	493,9	412	453	555	1504,8

Fuente: Elaboración propia con datos del número de parados del INE

Anexo 2:

Índice de envejecimiento por Comunidades Autónomas en España, 2017



Fuente: Indicadores de estructura de población del INE

Anexo 3:

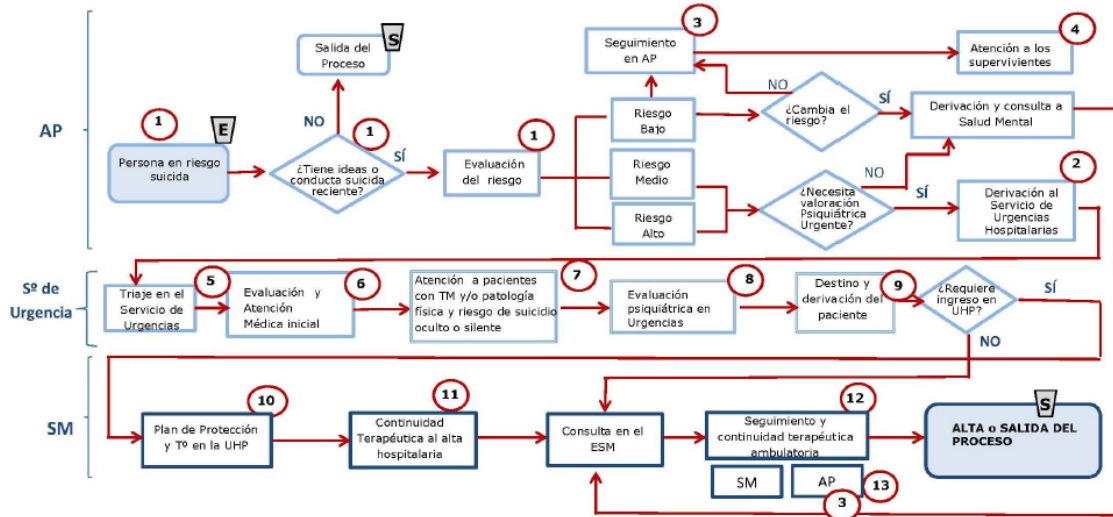
Tasa y número de suicidios por 100.000 habitantes y sexo por provincias,
2017

Provincia	Total		Hombres		Mujeres	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Lugo	58	17,4	39	24,1	19	11,1
Zamora	23	13,0	19	21,6	4	4,5
Asturias	134	12,9	91	18,4	43	7,9
A Coruña	139	12,4	106	19,7	33	5,7
Ourense	37	11,9	30	20,0	7	4,3
Ávila	19	11,8	16	19,8	3	3,7
Huesca	25	11,4	18	16,2	7	6,4
Jaén	64	9,9	55	17,3	9	2,8
Tenerife	100	9,9	74	14,9	26	5,1
Salamanca	33	9,9	17	10,5	16	9,3
Ciudad Real	49	9,7	44	17,7	5	2,0
León	45	9,6	32	14,0	13	5,4
Pontevedra	89	9,4	67	14,7	22	4,5
Córdoba	73	9,3	58	15,0	15	3,7
Islas Baleares	103	9,2	71	12,8	32	5,7
Granada	84	9,2	59	13,1	25	5,4
Alicante	167	9,1	120	13,3	47	5,1
Palmas, Las	100	9,1	73	13,3	27	4,9
Soria	8	9,0	6	13,3	2	4,6
Toledo	61	8,9	49	14,2	12	3,5
Cádiz	110	8,9	77	12,6	33	5,3
Vizcaya	99	8,6	75	13,5	24	4,0
Guipúzcoa	60	8,3	47	13,4	13	3,5
Valladolid	43	8,3	30	11,8	13	4,9
Cáceres	33	8,2	26	13,1	7	3,5
Sevilla	157	8,1	113	11,9	44	4,4
Gerona	61	8,1	47	12,4	14	3,7
Málaga	130	8,0	91	11,4	39	4,7
La Rioja	25	7,9	20	12,9	5	3,1
Segovia	12	7,8	10	12,9	2	2,6
Navarra	48	7,5	39	12,2	9	2,8
Tarragona	59	7,5	50	12,7	9	2,3
Valencia	188	7,4	126	10,1	62	4,8
Castellón	42	7,3	34	11,9	8	2,8
Burgos	26	7,3	18	10,1	8	4,5
Álava	23	7,0	14	8,7	9	5,4
Zaragoza	66	6,9	48	10,3	18	3,7
Albacete	26	6,7	21	10,8	5	2,6
Murcia	98	6,7	82	11,1	16	2,2
Teruel	9	6,6	7	10,2	2	3,0
Badajoz	44	6,5	35	10,4	9	2,6
Barcelona	357	6,4	256	9,4	101	3,5
Almería	45	6,4	32	8,9	13	3,7
Lérida	27	6,2	21	9,6	6	2,8
Cuenca	12	6,0	7	7,0	5	5,1
Huelva	29	5,6	21	8,2	8	3,1
Palencia	9	5,5	7	8,6	2	2,4
Madrid	341	5,2	251	8,1	90	2,7
Cantabria	27	4,7	18	6,4	9	3,0
Guadalajara	9	3,6	5	3,9	4	3,2
Ceuta	3	3,5	2	4,6	1	2,4
Melilla	2	2,3	2	4,6	0	0
España	3.679	7,9	2718	11,9	961	4,0

Fuente: Elaboración propia con datos del INE

Anexo 4:

Flujograma de actuación del Sistema de Salud de Castilla y León, por niveles, en caso de presencia de conductas suicidas.



Fuente: Plan estratégico de Salud de Cyl