



## LA NECESIDAD DE UNA LEY NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ESPAÑA

### REDACCIÓN DE INFOCOP

El suicidio es un grave problema de salud pública y supone una tragedia que afecta a comunidades y países, con efectos duraderos para los allegados y familiares de la persona que lo comete. Así describe la Organización Mundial de la Salud esta problemática que, según estima, se cobra anualmente cerca de 800.000 vidas (una cifra bastante alta aún sin añadir el elevado número de personas que intentan hacerlo), siendo considerada, hoy en día, una de las principales causas de muerte en todo el mundo (Goldsmith et al., 2002).

A lo largo de los años, diferentes investigadores (O'Carroll et al., 1996; Silverman et al., 2007), han propuesto diversos términos para conceptualizar este complejo fenómeno definido por la OMS de forma elemental, como “*el acto de quitarse deliberadamente la propia vida*”. En la actualidad, se considera que el suicidio “oscila” a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que abarca desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSSSI], 2012).

Pese a la gravedad del suicidio, se considera insuficiente la disponibilidad y calidad de los datos en todo el mundo: según indicó la OMS en enero de 2018, solo 60 Estados Miembros disponen de datos de registro civil de buena calidad que se pueden utilizar directamente para estimar tasas de suicidio. Dada la sensibilidad de este fenómeno, el estigma

legal o social, la ilegalidad de las conductas suicidas en algunos países, o determinadas cuestiones de procedimiento relacionadas con el registro de defunciones, es probable que la subnotificación y la clasificación errónea de casos sea un problema más significativo en el caso del suicidio que con respecto a otras causas de defunción, por lo que podría subestimarse su verdadera carga (Hawton y van Heeringen, 2009).

A este respecto, aunque los datos disponibles indican que Europa posee globalmente una elevada tasa de suicidio, la epidemiología del mismo difiere considerablemente entre sus diferentes países (Kovess-Masfety et al., 2011). Algunas de las variaciones detectadas entre países europeos pueden deberse a diferencias en el proceso de registro de defunciones (Christi et al., 2003). De

hecho, los procedimientos para registrar una muerte como suicidio no son uniformes: países como Luxemburgo requieren una nota de suicidio para registrar una muerte como tal, mientras que en el Reino Unido se requiere una evaluación de la intención por parte de un médico forense. Asimismo, las normas culturales y sociales pueden jugar un papel esencial en el registro de las muertes: en culturas en las que el suicidio es particularmente estigmatizado, puede ser más común registrar la causa de la muerte como un intento indeterminado o por otra causa (Christi et al., 2003).

Según señalan algunos investigadores, en nuestro país se daría también una tendencia a la subnotificación, debido a la existencia de una gran dificultad para la cuantificación de los datos reales de suicidio, cuyas cifras, sospechan, podrían ser aún más elevadas (Giner y Guija, 2014). A pesar de ello, las cifras actuales muestran que, si bien España se posiciona entre los países europeos con menores tasas de suicidio, esta causa de muerte se ha ido incrementando sustancialmente en los últimos años en nuestro país (Kovess-Masfety et al., 2011). Aunque las cifras del Instituto Nacional de Estadística correspondientes a 2016 muestran que la tendencia creciente parece haberse frenado ligeramente, el suicidio sigue manteniéndose como la principal causa externa de muerte, con 3.569 fallecimientos, siendo la primera causa entre los hombres (seguida de las caídas accidentales y los accidentes de tráfico), y la tercera entre las mujeres (por detrás de las caídas accidentales).

les y del ahogamiento, sumersión y sofocación) (ver nota de prensa en [http://www.ine.es/prensa/edcm\\_2016.pdf](http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf)). Por su parte, el Observatorio del suicidio en España (institución privada sin ánimo de lucro cuyo objetivo es el de fomentar la salud mental y prevenir los trastornos mentales y el suicidio) ha publicado un informe basado en los datos anteriores, en el que advierte de que estos 3.569 fallecimientos suponen 10 personas al día, “casi el doble que por accidentes de tráfico y 80 veces más que por violencia de género”, situando la media de España en 7,46 suicidios por 100.000 habitantes.

Asimismo, pone de relieve la variabilidad de cifras a nivel de Comunidades Autónomas españolas (con mayores tasas de suicidios por 100.000 habitantes en Galicia y Asturias, mientras que las menores se registran en la Comunidad de Madrid), y alerta de que bajo otras causas externas (ahogamientos y envenenamientos, caídas u otros accidentes) podrían estar ocultándose muertes por suicidio que, por distintos motivos, no son asignadas a esta causa (Fundación Salud Mental España [FSME], 2017).

De forma específica, el suicidio juvenil se ha convertido, en los últimos años, en un problema de salud pública significativo (Calear et al., 2016), erigiéndose, después de los tumores, como la principal causa de mortalidad entre la juventud española (de 15 a 34 años) (FSME, 2017). Algunos estudios indican que la ideación suicida, las autolesiones y los intentos de suicidios son más comunes entre los jóvenes que el mismo acto de suicidio (Nock et al., 2008), y afirman que, mientras que la prevalencia de ideación suicida durante la vida es muy baja durante la infancia, aumenta lentamente durante la adolescencia temprana y luego exponencialmente entre las edades de 12-17 años (Nock et al., 2013).

Lamentablemente, los intentos de suicidio dan como resultado una carga social y económica significativa para las personas, las familias y las sociedades, debido al uso de los servicios de salud, el impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus allegados y, ocasionalmente, la discapacidad a largo plazo debido a posibles lesiones (OMS, 2014). Las investigaciones realizadas a este respecto, advierten de la significativa carga que conlleva el suicidio (van Spijker et al., 2011, Murray et al., 2012): a escala mundial representa el 1,4% de la carga de morbilidad en años de vida ajustados a la discapacidad (AVAD) (en inglés, DALYs-Disability Adjusted Life Years), y la OMS prevé que en 2020 representará el 2,4% en los países con economía de mercado y en los países del antiguo bloque socialista (a saber, Alemania del Este, Unión Soviética, Checoslovaquia, Bulgaria, Albania, Hungría, Rumania y Polonia).

Dada la gravedad de este problema, se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social, que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de conducta suicida (MSSSI, 2012). Considerando que el suicidio es un fenómeno complejo sobre el que influyen múltiples factores -incluyendo factores biológicos, clínicos, psicológicos y sociales- (Chen et al., 2012), la identificación de los diferentes factores de riesgo y de protección puede ayudar a tomar decisiones preventivas racionales (Isometsä, 2014) y a determinar la naturaleza del tipo de intervenciones requeridas, siendo además un componente clave de cualquier estrategia nacional de prevención del suicidio (OMS, 2012), y vital de cara a reducir la carga mundial que supone (Christensen et al., 2014).

# INFOCOP

NÚMERO 81. 2018  
Abril - Junio

#### Edita

Consejo General de la  
Psicología de España.  
C/ Conde de Peñalver, 45 - 5ª Planta  
Tels.: 91 444 90 20  
Fax: 91 309 56 15  
28006 Madrid - España.  
E-mail: [infocop@cop.es](mailto:infocop@cop.es)

#### Director

José Ramón Fernández Hermida.

#### Jefe de Redacción

Silvia Berdullas.

#### Redacción

Aída de Vicente.  
Cristina Castilla.  
Susana Villamarín.

#### Diseño y maquetación

Cristina García y Juan Antonio Pez.

#### Administración y publicidad

Arantxa Sánchez y Silvia Berdullas.

#### Impresión

Huna Comunicación  
Avda. Montes de Oca, 7 Portal 6  
28703 S.S. de los Reyes - Madrid.

M-12764-2004 • ISSN 1138-364X

De este número 81 de Infocop se han editado 70.000 ejemplares.

Este ejemplar se distribuye gratuitamente a todos los colegiados pertenecientes a los diversos Colegios que forman parte del Consejo General de la Psicología de España.

**Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.**

# INFOCOP

se puede leer en la página WEB  
<http://www.infocop.es>

Algunos de los factores de riesgo más evidenciados en suicidio son: la ideación suicida y el historial de intentos de suicidio (Fawcett et al., 1990; Angst et al., 2002; Neeleman, Graaf y Vollebergh, 2004), las autolesiones (NICE, 2004; Hill, Castellanos y Pettit, 2011; O'Connor y Nock, 2014), el abuso de sustancias (Levin, Culkin y Perrotto, 2001; Cavanagh et al., 2003; Sher, 2006<sup>a,b</sup>), el acceso a determinados medios (OMS, 2012; Anglemyer, Horvath y Rutherford, 2014), la presencia de problemas físicos y enfermedades físicas crónicas (Manthorpe y Iliffe, 2010; Tintinalli et al., 2010; Anguiano et al., 2012; Campbell et al., 2015), experiencias adversas en la infancia (Brodsky et al., 2001), problemas socioeconómicos (Stuckler et al., 2009), las situaciones vitales estresantes (Chehil, Kutcher y Stanley, 2012), los problemas de acoso (Cox et al., 2012; Centers for Disease Control and Prevention, 2014), o la presencia de trastornos psiquiátricos previos (Harris y Barraclough, 1997; Cavanagh et al., 2003; Nock et al., 2010), entre otros.

En relación con la presencia de trastornos psiquiátricos previos, diversos estudios han confirmado que la presencia de un trastorno del estado de ánimo importante, principalmente la depresión, es un factor de riesgo significativo, siendo este el diagnóstico que se encuentra con mayor frecuencia en las muertes por suicidio (Henriksson et al., 1993; Beautrais et al., 1996; Bostwick y Pankratz, 2000; Nock et al., 2010; Cavanagh et al., 2003).

Otros trastornos a tener en cuenta por su relación con el riesgo de suicidio son la esquizofrenia (van Os y Kapur, 2009), los trastornos de personalidad (Bertolote et al., 2004) –principalmente el Trastorno límite de la personalidad (TLP) (Selva, Beller y Carabal, 2005)-, los trastornos de control de impulsos

(Nock et al., 2008; Fawcett et al., 1997), el trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial (Beautrais et al., 1996), el trastorno por estrés posttraumático (Chang et al., 2011) y los trastornos de la conducta alimentaria (Tintinalli et al., 2010).

No obstante, aun contando con múltiples recomendaciones, existe una considerable falta de comprensión en general de los mecanismos causales que subyacen a los pensamientos y conductas suicidas, y es notable la escasez de estrategias efectivas y rigurosamente evaluadas de tratamiento y prevención del suicidio (Goldney, 2005; Nock et al., 2010), un hecho que pone de manifiesto la imperiosa necesidad de emprender planes preventivos contra el mismo.

Precisamente, la Comisión Europea en su Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (European Pact for Mental Health and Wellbeing) incorpora la prevención del comportamiento suicida dentro de sus cinco áreas de actuación prioritaria (European Commission, 2008). Además, la tasa de mortalidad por suicidio es un indicador de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: *“De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”* (ver en: <http://www.un.org/sustainable-development/es/health/>).

Para la OMS, el hecho de que la prevención del suicidio no se haya abordado apropiadamente, es debido a la falta de sensibilización respecto al mismo como problema de salud pública principal y al tabú existente en muchas sociedades para examinarlo abiertamente. En este sentido, el estigma, particularmente en torno a los trastornos mentales y el suicidio, entorpece la prevención al disuadir de buscar ayuda a muchas per-

sonas que piensan en quitarse la vida o han tratado de hacerlo. Por ello, es importante aumentar la sensibilidad de la comunidad y superar el tabú para que los países avancen en la prevención del suicidio (Jiménez et al., 2017; OMS, 2018).

Por su parte, la Sociedad Británica de Psicología, partiendo de la premisa de que *“el suicidio es prevenible”*, afirma que la identificación temprana de los pensamientos y conductas suicidas, y el cuidado eficaz de quienes están en riesgo, son cruciales para garantizar que las personas reciban la atención que necesitan y merecen, manifestando que *“la acción en una etapa temprana es fundamental para cualquier estrategia de prevención del suicidio”*. Asimismo, recuerda que, aunque las causas del suicidio son diversas, la comprensión de los procesos psicológicos subyacentes al pensamiento suicida es vital para permitir el desarrollo y la aplicación de técnicas eficaces de prevención e intervención. Esto incluye, a su juicio, comprender los factores sociales y las desigualdades de salud que conducen a un sentimiento de desesperanza, y determinar en qué forma podemos responder a los desafíos de nuestras vidas (ver en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7029](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7029)).

En esta línea, la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA-European Federation of Psychologists Association), manifiesta que los enfoques psicológicos juegan un papel importante en la prevención del suicidio, ya que abordan la comunicación y las relaciones –ambas esencialmente psicológicas (ver en: <http://prevention-intervention.efpa.eu/resources/press-release/>). A este respecto, numerosos estudios han puesto de relieve el rol fundamental de las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a pensamientos y conductas suicidas para reducir la ideación, los intentos de suicidio y las



muerres por esta causa (Goldsmith et al., 2002; Brown y Jager-Hyman, 2014), así como el malestar asociado a tales conductas (Hawton et al., 2009), una afirmación que ratifica en sus directrices la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la conducta suicida del Ministerio de Sanidad, recomendando en ellas el garantizar la disponibilidad de las técnicas psicoterapéuticas para aquellas personas que las necesiten (MSSSI, 2012).

Sin embargo, a pesar de todo lo anterior, no son muchos los países que ciertamente toman un compromiso activo para desarrollar actividades preventivas contra el suicidio (OMS, 2002). De hecho, la OMS estima que actualmente sólo unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades sanitarias, y únicamente 28 han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio.

Así, mientras que a nivel europeo se han realizado diversos programas de prevención de la conducta suicida, -tales como la Alianza Europea contra la Depresión (EAAD-*European Alliance Against Depression*), OSPI-Europe (*Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe*), PREDI-NU (*Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU*), o EUREGENAS (*European Regions Enforcing Actions Against Suicide*), entre otros-, en España, hay todavía una escasa implementación de programas de tipo preventivo, encontrándonos, en el momento actual muy por debajo del nivel de otros países europeos con desarrollo similar (Sáiz et al., 2004).

Contrario a lo esperado, actualmente no existe un plan nacional de prevención como tal, y hasta ahora sólo se han realizado algunas iniciativas en determinadas Comunidades Autónomas (FSME, 2017). Se trata de programas clínicos de preven-

ción terciaria de la conducta suicida, basados en la puesta en marcha de dispositivos en los que se garantiza una asistencia inmediata y un seguimiento adecuado a los pacientes que han llevado a cabo un intento de suicidio. Estos programas abordan también la prevención secundaria ya que otro de sus objetivos es la sensibilización, formación y educación sanitaria, para incrementar el diagnóstico de pacientes en riesgo de conducta suicida (MSSSI, 2012).

Para paliar esta carencia a nivel nacional, se han impulsado diversas medidas e iniciativas legislativas; entre ellas, se planteó desde el Congreso de los Diputados, el promover una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio dentro de la Estrategia en Salud Mental 2009-2013, mejorando su conceptualización para poder desarrollar medidas eficaces que pudieran hacer frente a este problema. Empero, aunque en un primer momento dicha propuesta fue aprobada y emprendida por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ver en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=5869](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5869)), en abril de 2016 el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, rechazó la actualización de la Estrategia presentada por el Ministerio de Sanidad, ante la disconformidad presenta-

da por algunas CC.AA, que solicitaban una nueva revisión (ver en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=6183&cat=44](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=6183&cat=44)).

A pesar de este revés, la propuesta de actualización por parte del Ministerio seguía en pie, y así lo hizo saber el Gobierno en respuesta escrita a una pregunta del Grupo Parlamentario Socialista sobre suicidios y prevención de los mismos, el pasado abril de 2017 (ver en: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L12/CONG/BOCG/D/BOCG-12-D-135.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/D/BOCG-12-D-135.PDF)).

Por ende, durante los meses de mayo y julio de 2017, se presentaron sendas Proposiciones No de Ley relativas a la actualización de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, planteadas por el del Grupo Parlamentario Socialista y el Grupo Parlamentario Popular respectivamente, para su debate en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales.

La Propuesta del PSOE se debatió y aprobó por unanimidad en noviembre de 2017, con el fin de culminar la evaluación de la Estrategia Nacional del Salud Mental, en coordinación con las Comunidades Autónomas y con la participación de los profesionales y los representantes de los pacientes y sus familiares, haciendo especial énfasis en

la evaluación de la implementación de las medidas terapéuticas recomendadas, los planes de intervención individualizados y la atención integrada e integral a los pacientes de enfermedades mentales por equipos multidisciplinares que incluyera la atención familiar.

Asimismo, se estableció, sobre la base de esa evaluación, adoptar para el período 2017-2022, una nueva Estrategia Nacional de Salud Mental, que estuviera en condiciones de ser aprobada por el

Consejo Interterritorial del SNS, bajo principios de universalidad, equidad, eficiencia, solidaridad e integración.

Según lo acordado, el nuevo texto contemplaría el enfoque multidimensional y la respuesta multiprofesional frente a las enfermedades mentales, una orientación asistencial comunitaria, con la debida continuidad de los cuidados, con la necesaria atención y apoyo en el ámbito domiciliario, con prestaciones y servicios alternativos a la institucionalización

y dando un papel imprescindible a las intervenciones psicológicas y psicosociales y al trabajo de prevención, denunciando la respuesta farmacológica como principal instrumento y el empobrecimiento terapéutico (ver en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7149](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7149)).

Otra propuesta aprobada por unanimidad en noviembre de 2017, por la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales, fue una Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Mixto, relativa a la creación de un Plan nacional de prevención contra el suicidio.

Recordando que en los países en los que se han desarrollado políticas de prevención, las tasas de suicidio *“han descendido claramente”*, la propuesta aprobada instaba al Gobierno de España a desarrollar, en el plazo de seis meses, un Plan Nacional de Prevención contra el Suicidio con medidas, políticas y programas concretos *“actualmente inexistentes en España”*, con especial incidencia en la población adolescente y anciana así como en las personas que presentan algún trastorno mental, proporcionando pautas prácticas de actuación a educadores, familiares, agentes sociales, cuidadores y profesionales sanitarios, difundiendo una información veraz y científica permitiendo, a su vez, la disminución del estigma asociado al suicidio (ver en: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=7150&cat=44](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7150&cat=44)).

Tan sólo resta esperar que todas las iniciativas aprobadas se materialicen cuanto antes, para poder contar con una Ley Nacional de Prevención del Suicidio que pueda dar una respuesta eficaz a este grave y complejo problema, cada vez más prevalente en todo el mundo.

**Se puede consultar las referencias bibliográficas** de este artículo, a través del siguiente enlace: [www.infocoponline.es/pdf/REFERENCIASBIBLIOGRAFICAS.pdf](http://www.infocoponline.es/pdf/REFERENCIASBIBLIOGRAFICAS.pdf)

## PUBLICIDAD



**Bizkaiko Psikologoen  
Elkargo Ofiziala**

**Colegio Oficial de  
Psicología de Bizkaia**

# ESCUELA de PRÁCTICA PSICOLÓGICA

## 2018-2019

**OBJETIVO:** Adquirir las herramientas y recursos necesarios para el desarrollo profesional del Psicólogo/a en el mundo laboral

**DIRIGIDO A:** Licenciados/as, graduados/as en Psicología y estudiantes de últimos cursos.

**DURACIÓN:** De septiembre 2018 a abril 2019

**PERIODO DE INSCRIPCIÓN:** A partir del 5 de junio, entregando C.V. y fotocopia del DNI en el COP (de 9:30 a 13:30). Plazas limitadas. Se asignarán por riguroso orden de inscripción.

24 PROMOCIÓN	CURSOS	HORARIOS	HORAS	PRECIOS	
				Colegiados/as y estudiantes	No Colegiados/as
	Psicología CLÍNICA	Lunes 9:30 - 14:30	162	1.295 €	1.495 €
	Psicología de la INTERVENCIÓN SOCIAL	Martes 9:30-14:30	166	1.395 €	1.610 €
	Psicología del TRABAJO Y LAS ORGANIZACIONES	Miércoles 9:30 - 14:30	160	1.355 €	1.560 €
	Psicología EDUCATIVA	Jueves 16:30 - 20:30	150 88 h presencial y 62h online	1.060 €	1.380 €
	Psicología JURÍDICA	Miércoles 16:00 - 20:00	116	995 €	1.165 €

Se entregará un **diploma acreditativo** por las horas de **formación** y por las **prácticas** realizadas

LAS CLASES SE IMPARTEN POR PROFESIONALES EN ACTIVO  
CONTACTO CON EL MUNDO LABORAL  
GRUPOS REDUCIDOS

**MÁS INFORMACION e INSCRIPCIONES**

**COP BIZKAIA**

Rodríguez Arias, 5 - 2º (48008) Bilbao

Tel: 944795270 / 616795270 / 608813658

[copbizkaiaformacion@cop.es](mailto:copbizkaiaformacion@cop.es)

[www.copbizkaia.org](http://www.copbizkaia.org)

Realización de **PRÁCTICAS** durante 1 año

Actividad acreditada por Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos