



Prevención del suicidio

un imperativo global



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Prevención del suicidio

un imperativo global



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

Américas

OFICINA REGIONAL PARA LAS

Edición original en inglés:
Preventing suicide: a global imperative.
© World Health Organization, 2014
ISBN 978-92-4-156477-9

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014.

1. Intento de Suicidio. 2. Suicidio – prevención & control. 3. Ideación Suicida.
4. Programas Nacionales de Salud. I. Título. II. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978-92-75-31850-8
(Clasificación NLM: HV 6545)

© Organización Mundial de la Salud, 2014. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la Unidad de Comunicación (CMU), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (www.paho.org/publications/copyright-forms). El Departamento de Enfermedades Transmisibles y Salud Mental (NMH) podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

ÍNDICE

02	Prólogo
03	Prefacio
04	Reconocimientos
06	Resumen ejecutivo
10	Introducción
14	Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio
16	Mortalidad por suicidio
25	Intentos de suicidio
28	Factores de riesgo y de protección, e intervenciones relacionadas
32	Sistema de salud y factores sociales de riesgo
36	Factores de riesgo en la comunidad y las relaciones
40	Factores individuales de riesgo
44	¿Qué protege a las personas de los riesgos de suicidio?
46	La situación actual en materia de prevención del suicidio
48	Lo que se sabe y lo que se ha logrado
49	¿Qué están haciendo ahora los países en cuanto a la prevención del suicidio?
51	Condición jurídica actual del suicidio en el mundo y perspectivas para el cambio
52	Trabajo en pro de una respuesta nacional integral para la prevención del suicidio
56	¿Cómo pueden los países crear una estrategia nacional integral y por qué es útil?
61	¿Cómo se puede hacer un seguimiento del progreso al evaluar una estrategia nacional de prevención del suicidio?
63	El costo y la relación costo-eficacia de las actividades de prevención del suicidio
64	El camino a seguir en la prevención del suicidio
66	¿Qué se puede hacer y quién se debe involucrar?
66	Construyendo el camino a seguir
71	¿Qué indicios muestra el éxito?
72	Mensajes clave
74	Referencias
80	Anexos
80	Anexo 1. Números y tasas estimadas de suicidio, por sexo y edad, 2000 y 2012
88	Anexo 2. Estados Miembros de la OMS agrupados por regiones de la OMS e ingresos promedio per cápita

Prólogo



Cada suicidio es una tragedia. Se calcula que cada año se suicidan más de 800 000 personas, y por cada una de ellas se cometen muchos intentos de suicidio. Los efectos sobre las familias, los amigos y las comunidades son terribles y de amplio alcance, aun mucho tiempo después de que un ser querido se haya quitado la vida.

Lamentablemente, el suicidio no suele priorizarse como un importante problema de salud pública. A pesar del aumento de las investigaciones y los conocimientos acerca del suicidio y su prevención, el tabú y el estigma alrededor del suicidio persisten y muchas personas no buscan ayuda o quedan solas. Y si la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no logran proporcionar una ayuda oportuna y eficaz.

No obstante, los suicidios son prevenibles. En el presente informe se alienta a los países a proseguir el buen trabajo que ya está en curso y asignar a la prevención del suicidio una prioridad alta en sus programas, independientemente de la posición actual del país en cuanto a tasas de suicidio o actividades de prevención del suicidio. Mediante intervenciones oportunas y eficaces basadas en datos científicos, tratamiento y apoyo, pueden prevenirse tanto suicidios como intentos de suicidio. La carga del suicidio no pesa exclusivamente en el sector de la salud; tiene repercusiones múltiples sobre muchos sectores y sobre la sociedad en su conjunto. Por lo tanto, para comenzar a prevenir eficazmente el suicidio, los países deben emplear un enfoque multisectorial que aborde el suicidio de una manera integral, reuniendo los diferentes sectores e interesados directos más pertinentes para cada contexto.

En el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, de la OMS, los Estados Miembros se han comprometido a trabajar en pro de la meta mundial de reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidio en los países. El Programa de acción para

superar las brechas en salud mental (mhGAP), de la OMS, puesto en marcha en el 2008, considera el suicidio como una de las cuestiones prioritarias y proporciona asesoramiento técnico basado en datos científicos para ampliar la prestación de servicios en los países.

Es frente a estos antecedentes que me complace presentar *Prevención del suicidio: un imperativo mundial*. Este informe aprovecha trabajos anteriores y contribuye con dos elementos fundamentales: un saber mundial sobre el suicidio y los intentos de suicidio para guiar a los gobiernos, las instancias normativas y los interesados directos pertinentes, y medidas aplicables por los países en función de sus recursos y contextos actuales. Además, representa un aporte considerable para elaborar una estrategia multisectorial integral de prevención eficaz del suicidio.

Una sola vida perdida por suicidio ya es demasiado. El camino a seguir consiste en actuar juntos, y el momento de actuar es ahora. Exhorto a todos los interesados directos a que hagan de la prevención del suicidio un imperativo.

Dra. Margaret Chan
Directora General
Organización Mundial de la Salud

Prefacio

Los suicidios son prevenibles. Aun así, cada 40 segundos se suicida una persona en alguna parte del mundo y muchos más intentan suicidarse. Se cometen suicidios en todas las regiones del mundo y a diversas edades. Entre jóvenes de 15 a 29 años de edad, en particular, el suicidio es la segunda causa principal de muerte a nivel mundial.

El suicidio repercute en las poblaciones más vulnerables del mundo y es muy frecuente en grupos marginados y discriminados de la sociedad. Es un grave problema de salud pública no solo en los países desarrollados; de hecho, la mayoría de los suicidios se cometen en países de ingresos bajos y medianos donde los recursos y servicios, si los hay, suelen ser escasos y limitados para la identificación temprana, el tratamiento y el apoyo a las personas necesitadas. Estos hechos notables y la falta de intervenciones oportunas hacen del suicidio un problema mundial de salud pública que debe abordarse imperativamente.

El presente informe es la primera publicación de la OMS de esta índole y reúne de forma conveniente lo que se conoce para poder tomar medidas inmediatas. El informe procura aumentar la conciencia sobre la importancia del suicidio y los intentos de suicidio para la salud pública y hacer de la prevención del suicidio una gran prioridad en el programa mundial de salud pública. Procura alentar y apoyar a los países para que establezcan estrategias integrales de prevención del suicidio, o las fortalezcan, en el marco de una estrategia multisectorial de salud pública. Para una estrategia nacional de prevención del suicidio, es esencial que los gobiernos desempeñen su función de liderazgo y consigan reunir a muchos interesados directos que de otro modo quizás no colaborarían. Los gobiernos están también en una posición única para desarrollar y fortalecer la vigilancia y proporcionar y difundir los datos necesarios para informar la acción. Este informe propone una orientación

práctica sobre las medidas estratégicas que los gobiernos pueden adoptar según sus recursos y según las actividades existentes de prevención del suicidio. En particular, hay intervenciones basadas en datos científicos que son de bajo costo y eficaces aun en entornos de escasos recursos.

Esta publicación no habría sido posible sin las contribuciones significativas de expertos y asociados de todo el mundo. Quisiéramos agradecerles su trabajo y su apoyo valiosos.

El informe tiene por objeto servir como recurso que permita a las instancias normativas y a otros interesados directos hacer de la prevención del suicidio un imperativo. Solo entonces podrán los países dar una respuesta nacional oportuna y eficaz y aliviar así la carga de sufrimiento causada por el suicidio y los intentos de suicidio que sobrellevan individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto.

Dr. Shekhar Saxena
Director, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud

Dr. Etienne Krug
Director, Departamento de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad
Organización Mundial de la Salud

Reconocimientos

CONCEPTUALIZACIÓN Y ORIENTACIÓN

Shekhar Saxena (OMS), Etienne Krug (OMS), Oleg Chestnov (OMS).

COORDINACIÓN DEL PROYECTO Y REVISIÓN

Alexandra Fleischmann (OMS), Sutapa Howlader (Australia), Lakshmi Vijayakumar (India), Alex Butchart (OMS).

CONTRIBUCIÓN Y EXAMEN TÉCNICOS

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO

Grupo de Trabajo 1:

Características epidemiológicas del suicidio y de los intentos de suicidio

Michael Phillips (Presidente, China), Vladeta Ajdacic-Gross (Suiza), Vladimir Carli (Suecia), Paul Corcoran (Irlanda), Alex Crosby (EUA), Diego De Leo (Australia), David Gunnell (Reino Unido), Thomas Simon (EUA).

Grupo de Trabajo 2:

Factores de riesgo y de protección, e intervenciones relacionadas

Danuta Wasserman (Presidente, Suecia), Alan Apter (Israel), Annette Beautrais (Nueva Zelanda), Vladimir Carli (Suecia), Gergö Hadlaczky (Suecia).

Grupo de Trabajo 3:

Situación actual y trabajo en pro de una respuesta nacional integral para la prevención del suicidio

Alan Berman (Presidente, EUA), Ella Arensman (Irlanda), Stephanie Burrows (Sudáfrica), Brian Mishara (Canadá), Vanda Scott (Francia), Morton Silverman (EUA), Tadashi Takeshima (Japón).

Grupo de Trabajo 4:

El camino a seguir

Diego De Leo (Presidente, Australia), Alex Crosby (EUA), Keith Hawton (Reino Unido), Merete Nordentoft (Dinamarca), Thomas Simon (EUA).

CONTRIBUYENTES INTERNACIONALES

Guilherme Borges (México), Robert Bossarte (EUA), Yoshinori Cho (Japón), Pamela Collins (EUA), Margreet Duetz Schmucki (Suiza), Tony Durkee (Suecia), Maiko Fujimori (Japón), Ulrich Hegerl (Alemania), Wakako Hikiji (Japón), Sebastian Hokby (Suecia), Masatoshi Inagaki (Japón), Miriam Iosue (Italia), Elvira Keller-Guglielmetti (Suiza), Marla Israel (Canadá), Chiaki Kawanishi (Japón), Murad Khan (Pakistán), Manami Kodaka (Japón), Takafumi Kubota (Japón), Xianyun Li (China), Shih-Cheng Liao (Taipei chino), Richard McKeon (EUA), Winnie Mitchell (EUA), Anahit Mkrtchian (Suecia), Masayuki Morikawa (Japón), Mihoko Morley (Japón), Sheila Ndyabangi (Uganda), Etsuji Okamoto (Japón), Kotaro Otsuka (Japón), Jong-Ik Park (República de Corea), Jane Pearson (EUA), Alfredo Pemjean (Chile), Jane Pirkis (Australia), Beverly Pringle (EUA), Yukio Saito (Japón), Marco Sarchiapone (Italia), Deborah Stone

(EUA), Yoshitomo Takahashi (Japón), Osamu Tanaka (Japón), Camilla Wasserman (EUA), Barbara Weil (Suiza), Takashi Yamauchi (Japón).

REVISORES EXPERTOS

Paulo Alterwain (Uruguay), Karl Andriessen (Bélgica), Judit Balázs (Hungría), José M. Bertolote (Brasil), Jafar Bolhari (Irán), Eric Caine (EUA), Erminia Colucci (Australia), Karen Devries (Reino Unido), Michael Dudley (Australia), Jacqueline Garrick (EUA), Onja Grad (Eslovenia), Ricardo Gusmão (Portugal), Christina Hoven (EUA), Hiroto Ito (Japón), Jack Jordan (EUA), Nav Kapur (Reino Unido), Elisabeth Kohls (Alemania), Frances Law (Hong Kong, Región Administrativa Especial de China), Myf Maple (Australia), Sean McCarthy (Irlanda), Roberto Mezzina (Italia), James Mugisha (Uganda), Thomas Niederkrotenthaler (Austria), Rory O'Connor (Reino Unido), George Patton (Australia), John Peters (Reino Unido), Steve Platt (Reino Unido), Jerry Reed (EUA), Dan Reidenberg (EUA), Karen Scavacini (Brasil), Jean-Pierre Soubrier (Francia), Emmanuel Streel (Bélgica), Kanna Sugiura (Japón), Elizabeth Theriault (Canadá), Peeter Värnik (Estonia), Paul Yip (Hong Kong, Región Administrativa Especial de China).

ENCUESTADOS

Ahmad Abdulbaghi (Iraq), Emad Abdulghani (Iraq), Francisca Trinidad Acosta (Honduras), Ahmed Al-Ansari (Bahrein), Dora Ninette Alburez de von Ahn (Guatemala), Caridad Sylvia Akotia (Ghana), Atalay Alem (Etiopía), Layachi Anser (Qatar), Alan Apter (Israel), Ella Arensman (Irlanda), Tomas Baader (Chile), Hissani Abdou Bacar (Comoras), Loraine Barnaby (Jamaica), Annette Beautrais (Nueva Zelanda), Siham Benchevron (Marruecos), Eleanor Bennett (Belice), Julio Bobes (España), José M. Bertolote (Brasil), Dora Caballero (Paraguay), Mohamed Chakali (Argelia), Kin Sun Chan (Macao, RAE de China), Ana-María Chávez-Hernández (México), Doina Cozman (Rumania), Diego De Leo (Australia), Remco De Winter (Países Bajos), Sounkary Doumbouya (Guinea), Kari Dyregrov (Noruega), Michel Dzalamou (Congo), Rabih El Chammy (Líbano), Félix Evangelista (El Salvador), Mohamed Chakali (Argelia), Rangiau Fariu (Islas Cook), Georg Fiedler (Alemania), Gonzalo Baldomero González Henríquez (Panamá), Tobi Graafsma (Suriname), Onja Grad (Eslovenia), Alenka Tancic Grum (Eslovenia), Kyooseob Ha (República de Corea), Mitra Hefazi (Irán), Hilda Ho (Brunei Darussalam), Seyed Mohammad Hosseini (Irán), Gerard Hutchinson (Trinidad), Tekie Iosefa (Tokelau), Zahidul Islam (Bangladesh), Bhoomikumar Jegannathan (Camboya), Mark Jordans (Nepal), Nusa Konec Juricic (Eslovenia), Nestor Kapusta (Austria), Chiaki Kawanishi (Japón), Murad Khan (Pakistán), Brigitte Khoury (Líbano), Michael Lebina (Lesoto), Filifaiésea Lilo (Tonga), Paul Links (Canadá), Nasser Loza (Egipto), Daniella Malulu (Seychelles), T Maniam (Malasia), Sabour A. Mansouri (Afganistán), Cardoso Margarida (Cabo Verde), Carlos Martínez (Argentina), Lars Mehlum (Noruega), Naomi Mnthali (Botswana), Alkhalaidi Mohamed (Yemen),

Driss Moussaoui (Marruecos), James Mugisha (Uganda), David Ndeti (Kenya), Tharcisse Niyonzigiye (Burundi), Merete Nordentoft (Dinamarca), Wilhelm Nordfjord (Islandia), Rory O'Connor (Reino Unido), Silvia Peláez (Uruguay), Michael Phillips (China), Alexander Pinzon (Colombia), Maurizio Pompili (Italia), Vita Postuvan (Eslovenia), Toms Pulmanis (Letonia), Mbolatiana Soanirina Raharinivo (Madagascar), Lakshmi Ratnayeke (Sri Lanka), Sateesh Babu Ravulapati (India), Yury Razvodovsky (Belarús), Daniel Reidenberg (EUA), Saška Rožkar (Eslovenia), Vsevolod Rozanov (Ucrania), Outi Ruishalme (Finlandia), Luis Miguel Sánchez-Loyo (México), Bashir Ahmad Sarwari (Afganistán), Lourens Schlebusch (Sudáfrica), Armin Schmidtke (Alemania), Jozef Sidlo (Eslovaquia), Chhit Sophal (Camboya), Jean-Pierre Soubrier (Francia), Aida Sylla (Senegal), Zonda Tamás (Hungría), Alexandre Teixeira (Portugal), Prakarn Thomyangkoon (Tailandia), Edgardo Juan Tolentino (Filipinas), Kees Van Heeringen (Bélgica), Airi Värnik (Estonia), Margda Waern (Suecia), Abdirisak Mohamed Warsame (Somalia), Barbara Weil (Suiza), Paul Wong (Hong Kong, Región Administrativa Especial de China), Antonio Eugenio Zacarías (Mozambique), Anka Zavasnik (Eslovenia).

SEDE DE LA OMS

Katerina Ainali, Richard Brown, Somnath Chatterji, Dan Chisholm, Nicolas Clark, Natalie Drew, Tarun Dua, Jane Ferguson, Michelle Funk, Claudia García Moreno, Anna Gruending, Evelyn Kortum, Doris Ma Fat, Wahyu Retno Mahanani, Colin Mathers, Mwansa Nkowane, Margaret Peden, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Dag Rekve, Leanne Riley, Florence Rusciano, Chiara Servili, Joanna Tempowski, Rebekah Thomas Bosco, Mark van Ommeren, Erica Wheeler, Taghi M. Yasamy.

OFICINAS REGIONALES DE LA OMS

Sebastiana Da Gama Nkomo, Oficina Regional de la OMS para África; Claudina Cayetano, Hugo Cohen, Devora Kestel y Jorge Rodriguez, Oficina Regional de la OMS para las Américas; Nazneen Anwar, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; Matthijs Muijen, Oficina Regional de la OMS para Europa; Khalid Saeed, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; Yutaro Setoya y Xiangdong Wang, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental.

PASANTES

Rhett Corker, Justin Granstein, Henrik Heitmann, Eugenie Ng, Amrita Parekh, Charlotte Phillips, Verónica Pisinger, Tahilia Rebello, Nóra Sándor.

APOYO ADMINISTRATIVO

Adeline Loo (OMS), Grazia Motturi (OMS), Paule Pillard (OMS).

EQUIPO DE PRODUCCIÓN

Revisión: David Bramley, Suiza

Diseño gráfico y diagramación: Yusuke Nakazawa, Japón

La OMS quisiera agradecer las contribuciones técnicas de la Asociación internacional para la prevención del suicidio (IASP); el Centro colaborador de la OMS en investigación y capacitación para la prevención del suicidio, Brisbane, Australia; el Centro colaborador de la OMS en investigación y capacitación para la prevención del suicidio, Beijing, China; el Centro colaborador de la OMS en investigación, desarrollo de métodos y capacitación para la prevención del suicidio, Estocolmo, Suecia; el Centro de prevención del suicidio del Japón; los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), EUA; la Oficina de Prevención del Suicidio del Departamento de Defensa, EUA; el Gobierno del Japón; el Gobierno de Suiza; el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), EUA; el Organismo de Salud Pública del Canadá; la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), EUA; y la Administración de Salud de los Veteranos, EUA.

La OMS quisiera agradecer a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), EUA; al Gobierno del Japón; al Gobierno de Suiza; y al Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), EUA, sus contribuciones financieras, y a Syngenta, Suiza, su contribución para imprimir.

Resumen ejecutivo

Introducción

En mayo del 2013, la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que se propone reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidio en los países (1). No hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. Muchos suicidios se cometen impulsivamente y, en tales circunstancias, el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego pueden marcar la diferencia entre la vida o la muerte de una persona.

Los factores sociales, psicológicos, culturales y de otro tipo pueden interactuar para conducir a una persona a un comportamiento suicida, pero debido a la estigmatización de los trastornos mentales y el suicidio, muchos sienten que no pueden pedir ayuda. A pesar de que los datos científicos indican que numerosas muertes son evitables, con demasiada frecuencia el suicidio tiene escasa prioridad para los gobiernos y las instancias normativas. El objetivo de este informe es priorizar la prevención del suicidio en los programas mundiales de salud pública y de políticas públicas y concientizar acerca del suicidio como una cuestión de salud pública. El informe se elaboró mediante un proceso consultivo mundial y se basa en revisiones sistemáticas y en datos científicos, junto con aportaciones de asociados y de interesados directos.

Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio

En el 2012 se registraron en el mundo unas 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, normalizada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Sin embargo, como el suicidio es un asunto delicado, incluso ilegal en algunos países, muy probablemente haya subnotificación. En los países con buenos datos de registro civil, el suicidio puede estar mal clasificado como muerte por accidente o por otra causa. El registro de un suicidio es un procedimiento complicado que involucra a varias autoridades diferentes, incluso a menudo a la policía. En los países sin registro fiable de las muertes, los suicidios ni se cuentan.

En los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre:mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo. En algunos países las tasas de suicidio son más elevadas entre jóvenes, y a nivel mundial el suicidio es la segunda causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los medios más frecuentemente utilizados para el suicidio a nivel mundial, pero también se recurre a muchos otros métodos, que varían según el grupo de población.

Cada año, por cada suicidio cometido hay muchos más intentos de suicidio. Significativamente, un intento previo de suicidio es el factor de riesgo más importante de suicidio en la población general. Para una prevención eficaz de los suicidios se requieren del registro civil, de los hospitales y de las encuestas una mejor disponibilidad y calidad de los datos sobre suicidios e intentos de suicidio.

La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es un elemento clave de la prevención del suicidio. Sin embargo, las políticas de restricción de esos medios (como la limitación del acceso a plaguicidas y armas de fuego o la colocación de barreras en los puentes) requieren un conocimiento de los métodos preferidos en diversos grupos de la sociedad, y cooperación y colaboración entre múltiples sectores.

Factores de riesgo y de protección, e intervenciones relacionadas

Muchas veces hay varios factores de riesgo que actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida.

Entre los factores de riesgo asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general figuran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud y recibir la asistencia necesaria, la fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a los suicidios, que aumenta el riesgo de imitación de actos suicidas, y la estigmatización de quienes buscan ayuda por comportamientos suicidas o por problemas de salud mental y de consumo de sustancias psicoactivas.

Entre los riesgos vinculados a la comunidad y las relaciones están las guerras y los desastres, el estrés ocasionado por la aculturación (como entre pueblos indígenas o personas desplazadas), la discriminación, el sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones conflictivas. Y entre los factores de riesgo a nivel individual cabe mencionar intentos de suicidio previos, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio.

Las estrategias para contrarrestar estos factores de riesgo son de tres clases. Las de prevención “universales”, diseñadas para llegar a toda una población, pueden procurar aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión. Las estrategias de prevención “selectivas” se dirigen a grupos vulnerables, como los compuestos por personas que han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes y los familiares de suicidas, mediante “guardianes” adiestrados que ayudan a las personas vulnerables y mediante servicios de ayuda como los prestados a través de líneas telefónicas. Las estrategias “indicadas” se dirigen a personas vulnerables específicas mediante el apoyo de la comunidad, el seguimiento a quienes salen de los establecimientos de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias. La prevención también puede fortalecerse gracias a factores protectores alentadores, como relaciones personales sólidas, un sistema personal de creencias y estrategias de afrontamiento positivas.

La situación actual en materia de prevención del suicidio

El conocimiento acerca del comportamiento suicida ha aumentado enormemente en las últimas décadas. La investigación, por ejemplo, ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas. Al mismo tiempo, la epidemiología ha ayudado a identificar muchos factores de riesgo y de protección frente al suicidio tanto en la población general como en los grupos vulnerables. También se ha observado variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio, y la cultura puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas o proteger contra estos.

En cuanto a las políticas, se sabe que 28 países tienen hoy estrategias nacionales de prevención del suicidio. El Día Mundial para la Prevención del Suicidio, organizado por la Asociación internacional para la prevención del suicidio, se observa a nivel mundial el 10 de septiembre de cada año. Además, se han establecido muchas unidades de investigación sobre el suicidio y se dictan cursos académicos centrados en el suicidio y su prevención. Para proporcionar ayuda práctica, a fin de mejorar la evaluación y el manejo de los comportamientos suicidas se está recurriendo a profesionales de la salud no especializados, se han establecido en muchos lugares grupos de apoyo mutuo entre familiares de suicidas, y voluntarios capacitados están prestando ayuda y orientación en línea y por teléfono.

En los últimos 50 años, muchos países han despenalizado el suicidio, y esto ha facilitado mucho que quienes tengan comportamientos suicidas soliciten ayuda.

En pro de una respuesta integral para la prevención del suicidio

Una manera sistemática de dar una respuesta al suicidio en un país es establecer una estrategia nacional de prevención del suicidio. Una estrategia nacional refleja el compromiso claro de un gobierno de ocuparse del problema del suicidio. Algunas estrategias nacionales características abarcan varias medidas de prevención como la vigilancia, la restricción de los medios utilizables para matarse, directrices para los medios de difusión, la reducción de los estigmas y la concientización del público, así como la capacitación de personal de salud, educadores, policías y otros guardianes. También suelen incluir servicios de intervención en casos de crisis y servicios posteriores.

Algunos elementos clave del desarrollo de una estrategia nacional de prevención del suicidio consisten en hacer de la prevención una prioridad multisectorial que incluya no solo

el sector de la salud sino también los de la educación, el empleo, el bienestar social, la justicia y otros. La estrategia debe adaptarse al contexto cultural y social de cada país y establecer mejores prácticas e intervenciones basadas en datos científicos con un abordaje integral. Deben asignarse recursos para lograr objetivos a corto, mediano y largo plazo y debe haber una planificación eficaz; la estrategia debe evaluarse regularmente, y los resultados de su evaluación deben utilizarse para la planificación futura.

La falta de una estrategia nacional integral plenamente desarrollada en un país no debe obstaculizar la ejecución de programas de prevención del suicidio porque estos pueden contribuir a una respuesta nacional. En esos programas focalizados se procura identificar a grupos vulnerables al riesgo de suicidio y mejorar su acceso a los servicios y recursos.

El camino a seguir en la prevención del suicidio

Los ministros de salud desempeñan un papel importante al proporcionar liderazgo y reunir a los interesados directos de otros sectores del país. Los países que todavía no hayan emprendido actividades de prevención del suicidio harán hincapié en buscar a interesados directos y desplegar actividades donde haya mayor necesidad o donde ya existan recursos. En esta etapa también es importante mejorar la vigilancia. En los países con algunas actividades de prevención del suicidio, un análisis de la situación puede mostrar lo que ya está implantado e indicar las brechas por cubrir. Los países que ya tienen una respuesta nacional bastante completa deben centrarse en la evaluación y el mejoramiento, actualizar sus conocimientos incorporando nuevos datos y hacer hincapié en la eficacia y la eficiencia.

Al avanzar, deben considerarse dos puntos. Primero, las actividades de prevención del suicidio deben llevarse a cabo al mismo tiempo que las de recopilación de datos. Segundo, aunque se considere que un país todavía no está preparado para tener una estrategia nacional de prevención, el proceso de consultar a los interesados directos acerca de una respuesta nacional a menudo genera interés y un ambiente favorable al cambio. En el proceso de crear la respuesta nacional se consigue el compromiso de los interesados directos, se promueve el diálogo público sobre el estigma, se identifica a los grupos vulnerables, se fijan las prioridades de la investigación, y aumentan la concientización del público y la de los medios de comunicación.

Los indicadores que miden el progreso de la estrategia pueden incluir los siguientes:

- reducción porcentual de la tasa de suicidio;
- número de intervenciones de prevención del suicidio ejecutadas con buenos resultados;
- disminución del número de casos hospitalizados por intento de suicidio.

Los países que siguen el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020, de la OMS (1), pueden proponerse reducir un 10% la tasa de suicidio. Muchos países querrán reducirla aun más. A largo plazo, es importante tener presente que la reducción del suicidio depende solo en parte de la reducción del riesgo. El fomento de los factores protectores ayudará a construir un futuro en el cual las organizaciones comunitarias prestan apoyo y referencias apropiadas a los necesitados de asistencia; las familias y los círculos sociales mejoran la capacidad de recuperación e intervienen eficazmente en ayuda de los seres queridos, y hay un clima social donde la búsqueda de ayuda ya no es tabú y se promueve el diálogo público.

Mensajes clave

Los suicidios se cobran un costo alto. Más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio, y esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse.

Los suicidios son prevenibles. Para que las respuestas nacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención.

La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse da buenos resultados. Una estrategia eficaz para prevenir los suicidios y los intentos de suicidio es restringir el acceso a los medios más frecuentemente utilizados, incluidos plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos.

Los servicios de salud tienen que incorporar la prevención del suicidio como un componente central. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a que se cometan muchos suicidios en todo el mundo. La identificación temprana y el manejo eficaz son fundamentales para conseguir que las personas reciban la atención que necesitan.

Las comunidades desempeñan una función crucial en la prevención del suicidio. Pueden prestar apoyo social a los individuos vulnerables y ocuparse del seguimiento, luchar contra la estigmatización y apoyar a quienes han perdido a seres queridos que se han suicidado.

Introducción

Cada suicidio es una tragedia personal que se lleva prematuramente la vida de una persona, tiene una onda expansiva continua y afecta enormemente a las vidas de familias, amigos y comunidades. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, una cada 40 segundos. Es una cuestión de salud pública que afecta a comunidades, provincias y países enteros.

Los jóvenes se encuentran entre los más afectados; el suicidio es ahora a nivel mundial la segunda causa principal de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad. Los números difieren según los países, pero los de ingresos bajos y medianos sobrellevan la mayor parte de la carga mundial de suicidio, ya que en ellos se registra un 75% del total de esos casos.

En mayo del 2013, la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó oficialmente el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El plan de acción insta a todos los Estados Miembros de la OMS a que demuestren su máximo compromiso con la salud mental alcanzando metas específicas. La prevención del suicidio es un componente integral del Plan de acción sobre salud mental, y la meta es reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidio en los países (1).

¿Qué causas tiene el suicidio? ¿Qué lleva cada año a tantas personas a terminar con sus vidas? ¿Es la pobreza, el desempleo, el deterioro de las relaciones, o la depresión u otros trastornos mentales graves? ¿Son los suicidios resultado de un acto impulsivo o se deben a los efectos desinhibidores del alcohol u otras drogas? Hay muchas preguntas, pero ninguna respuesta sencilla. Ningún factor es suficiente para explicar por qué se suicida una persona; el comportamiento suicida es un fenómeno complejo que se ve afectado por varios factores interrelacionados: personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales.

Aunque la conexión entre el suicidio y los trastornos mentales está bien establecida, las generalizaciones amplias de los factores de riesgo son contraproducentes. Crecientes datos científicos indican que el contexto es indispensable para comprender el riesgo de suicidio. Muchos suicidios se cometen impulsivamente en momentos de crisis, y en esas circunstancias el acceso fácil a medios tales como plaguicidas o armas de fuego puede determinar la vida o la muerte de una persona. Otro factor de riesgo es el deterioro en la capacidad de hacer frente a situaciones agudas o crónicas de estrés, por ejemplo a problemas financieros. Además, los casos de violencia de género y maltrato de menores están asociados firmemente con comportamientos suicidas. Las tasas de suicidio también varían dentro de los países, y las tasas mayores se registran entre los miembros de grupos minoritarios o entre quienes experimentan discriminación.

La estigmatización, en particular en torno de los trastornos mentales y el suicidio, lleva a que muchas personas se abstengan de pedir ayuda. La concientización de la comunidad y la ruptura de los tabúes son importantes para los países que procuran prevenir el suicidio.

Tenemos soluciones a muchos de estos problemas y hay una base de conocimientos suficiente para que actuemos.

Los suicidios son prevenibles

Las actividades de prevención del suicidio requieren coordinación y colaboración entre múltiples sectores de la sociedad, públicos y privados, incluidos el de la salud y otros, como los de educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, defensa, así como los responsables de las leyes, la política y los medios. Estos esfuerzos deben ser integrales y sinérgicos y estar integrados, porque ningún abordaje singular es suficiente para una cuestión tan compleja como la del suicidio.

Una estrategia reconocida para la prevención del suicidio consiste en la evaluación y el manejo de los trastornos mentales, como la descrita en el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). En este Programa se identifican estrategias aplicables a nivel individual basadas en datos científicos, incluso para la evaluación y el manejo de quienes intentaron el suicidio. A nivel de la población, este programa aboga en favor de restringir el acceso a medios utilizables para suicidarse, establecer políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol mediante una variedad de opciones normativas y alentar a los medios de difusión a que sean responsables a la hora de informar sobre suicidios.

Además, el priorizar procedimientos preventivos entre las poblaciones vulnerables, con inclusión de quienes han intentado el suicidio, ha demostrado ser útil. Como resultado, la intervención posterior a un suicidio (llamada “*postvention*” en inglés) se ha identificado como un componente importante de la prevención del suicidio; las familias y los amigos que han perdido a un ser querido por suicidio también requieren atención y apoyo.

La prevención del suicidio requiere una visión, un plan y un conjunto de estrategias. Estos esfuerzos deben basarse en datos concretos. Es preciso crear un marco conceptual orientador culturalmente específico, aunque no hay ningún conjunto universal de estrategias que funcionarán en todos y cada uno de los países. El liderazgo sostenido es esencial ya que las metas de prevención del suicidio pueden lograrse solo mediante esfuerzos sostenidos.

Para generar un cambio social se requieren tres factores importantes: conocimientos (tanto científicos como adquiridos mediante experiencias prácticas), apoyo público (voluntad política) y una estrategia social, como una respuesta nacional para alcanzar las metas de prevención del suicidio.

Objetivos del informe

A pesar de los datos científicos según los cuales muchas muertes son evitables, a menudo con intervenciones de bajo costo, el suicidio es con demasiada frecuencia una baja prioridad para los gobiernos y las instancias normativas del mundo. El objetivo de este informe es priorizar la prevención del suicidio en los programas de salud pública y las políticas públicas a nivel mundial y aumentar la conciencia general de que el suicidio es una cuestión de salud pública legítima. En este informe, la OMS presenta recomendaciones basadas en datos científicos para reducir los suicidios e insta a los asociados a fortalecer la prevención.

El informe señala la magnitud del problema y presenta la situación y las consecuencias de los intentos de suicidio y los suicidios a nivel mundial basándose en todos los datos disponibles. En secciones específicas del informe se ofrece asesoramiento práctico sobre estrategias de salud pública que los países pueden adoptar para prevenir el suicidio a cualquier edad.

Se prevé que este informe será un recurso clave para los encargados de actividades de prevención del suicidio, incluidos primero y ante todo los ministerios de salud, planificadores e instancias normativas, pero también organizaciones no gubernamentales (ONG), investigadores, trabajadores de la salud y de la comunidad, los medios de comunicación y el público en general.

Método

Este informe se ha elaborado mediante un proceso consultivo mundial y se basa en revisiones sistemáticas de los datos existentes, así como en los datos científicos y los aportes de varios asociados e interesados directos procedentes de dentro y de fuera de la OMS. Las secciones han sido conceptualizadas y redactadas por expertos principales en materia de prevención del suicidio que se han basado en su pericia colectiva para presentar una imagen mundial del suicidio y crear una hoja de ruta para su prevención.

Terminología

Es importante reconocer que durante el proceso de armar este informe se debatieron mucho las definiciones y se llegó a un acuerdo sobre las enumeradas a continuación. Esto de ninguna manera niega la evolución continua de los términos en este campo y el uso de diferentes expresiones por razones muy válidas en otros ámbitos de este sector. Está fuera del alcance de este informe resolver de manera

concluyente los problemas de la terminología y las definiciones de los comportamientos suicidas.

Para los fines del presente informe, se entiende por **suicidio** el acto de matarse deliberadamente.

Para los fines del presente informe, se entiende por **intento de suicidio** todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal.

Es importante reconocer las implicaciones y las complejidades de incluir la lesión autoinfligida en la definición de "intento de suicidio". Significa que este término abarca la lesión autoinfligida no mortal sin intención suicida, lo cual es problemático debido a las variaciones posibles en las intervenciones relacionadas. Sin embargo, la intención suicida puede ser difícil de evaluar porque puede estar rodeada de ambivalencia o incluso encubrimiento.

Además, los casos de muerte resultante de una lesión autoinfligida sin intención suicida, o los intentos de suicidio con una intención suicida inicial por parte de una persona que ya no desea morir pero cuyo estado ha pasado a ser terminal, pueden estar incluidos en los datos sobre las muertes por suicidio. Distinguir entre los dos es difícil, y no es posible determinar la proporción de casos atribuibles a una lesión autoinfligida con o sin intención suicida.

Por **comportamiento suicida** se entiende una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho. La inclusión de la ideación entre los comportamientos suicidas es un problema complejo acerca del cual hay un diálogo académico significativo. La decisión de incluirla en esta definición se tomó para simplificar, porque las diversas fuentes de investigación consultadas para el presente informe no coinciden en sus posiciones al respecto.

Contenido del informe

El presente informe, que es el primero de la OMS sobre esta cuestión, presenta un panorama integral sobre el suicidio, los intentos de suicidio y las actividades de prevención del suicidio en todo el mundo e identifica métodos de formulación de políticas y programas de prevención del suicidio basados en datos científicos que pueden adaptarse a diferentes entornos. El informe refleja el modelo de salud pública para la prevención del suicidio (figura 1). Al dar estos pasos, la prevención del suicidio empieza con la vigilancia para definir el problema y comprenderlo, seguida de la identificación de los factores de riesgo y de protección

(así como de intervenciones eficaces); culmina con la implementación, que incluye la evaluación de las intervenciones y su ampliación a mayor escala, y lleva nuevamente a la vigilancia y a los pasos subsiguientes. Un marco conceptual abarcador —idealmente una estrategia nacional integral— se debe crear de una manera culturalmente específica y respaldada por datos para orientar el desarrollo, la ejecución y la evaluación con visión, voluntad política, liderazgo, convencimiento de interesados directos y, por último, aunque no por ello menos importante, financiamiento para la prevención del suicidio.

Figura 1. El modelo de salud pública



A pesar de ser una causa principal de muerte en todo el mundo, el suicidio ha seguido recibiendo baja prioridad en la salud pública. La prevención del suicidio y la investigación sobre el suicidio no han recibido la inversión financiera o humana que necesitan desesperadamente. Se espera que este informe sirva como elemento fundamental para la elaboración y la aplicación de estrategias mundiales integrales de prevención del suicidio.

Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio

Mitos acerca del suicidio

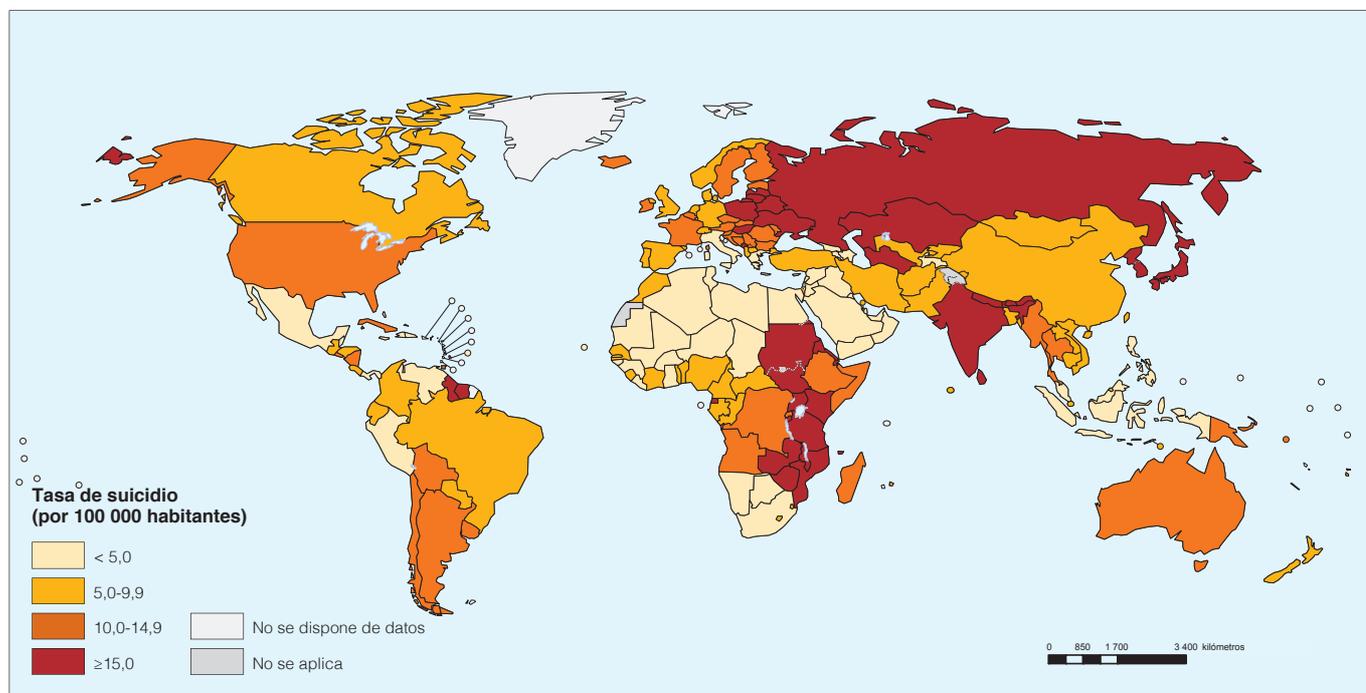
Mito

Quienes hablan de suicidio no tienen la intención de cometerlo.

Hecho

Quienes hablan de suicidio pueden estar pidiendo así ayuda o apoyo. Un número significativo de personas que contemplan el suicidio presentan ansiedad, depresión y desesperanza y pueden considerar que carecen de otra opción.

Mapa 1. Tasas de suicidio normalizadas según la edad (por 100 000 habitantes), ambos sexos, 2012



La prevalencia, las características y los métodos del comportamiento suicida varían mucho entre diferentes comunidades y grupos demográficos y con el transcurso del tiempo. En consecuencia, la vigilancia actualizada de los suicidios y los intentos de suicidio es un componente esencial de las actividades nacionales y locales de prevención del suicidio. El suicidio se estigmatiza (o es ilegal) en muchos países. Como resultado, es difícil obtener datos procesables de alta calidad acerca del comportamiento suicida, en particular en los países que no tienen buenos sistemas de registro civil (que registren como tales los suicidios) o buenos sistemas de recopilación de datos sobre los servicios dispensados en los hospitales (que registren como tales los intentos de suicidio tratados médicamente). La elaboración y aplicación de programas apropiados de prevención del suicidio para una comunidad o país requiere tanto una comprensión de las limitaciones de los datos disponibles como un compromiso con la mejora de la calidad de los datos para reflejar con mayor precisión la eficacia de intervenciones específicas.

Mortalidad por suicidio

La fuente primaria de datos para este capítulo son las estimaciones de la OMS sobre la salud en el mundo (WHO Global Health Estimates). Estas se basan en gran parte en la base de datos de la OMS sobre mortalidad, un registro de estadísticas vitales y de causas de defunción a nivel mundial creado a partir de datos proporcionados a la OMS por los Estados Miembros (2). Se usan varias técnicas de modelación estadística para llegar a las estimaciones. Los métodos de generación de las mismas se describen en los documentos técnicos del Departamento de Estadísticas de Salud y Sistemas de Información Sanitaria de la OMS (3). En este capítulo se presentan resultados mundiales y regionales. En la mayoría de los casos, las tasas notificadas están normalizadas por edad según la distribución de edades de WHO World Standard Population, por lo que es más fácil hacer comparaciones entre todas las regiones y con el transcurso del tiempo. Las estimaciones específicas por países de las tasas de suicidio en 2012 de los 172 Estados Miembros con 300 000 habitantes o más se presentan en el mapa 1 y los anexos 1 y 2 (en los países con poblaciones más pequeñas, las tasas son inestables).

Tasas mundiales y regionales de suicidio

Tal como se muestra en el cuadro 1, en el 2012 hubo unas 804 000 muertes por suicidio en todo el mundo. Esto indica una tasa anual mundial de suicidio normalizada según la edad de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres).

Cuadro 1. Número y tasas estimadas de suicidio por región y en el mundo, 2012

Región	% respecto de la población mundial	Número de suicidios, 2012 (miles)	% respecto de los suicidios en el mundo	Tasas de suicidio* normalizadas según la edad (por 100 000), 2012			Razón hombre: mujer de las tasas de suicidio normalizadas según la edad, 2012
				Ambos sexos	Mujeres	Hombres	
Todo el mundo**	100,0%	804	100,0%	11,4	8,0	15,0	1,9
Todos los Estados Miembros de ingresos altos	17,9%	192	23,9%	12,7	5,7	19,9	3,5
Todos los Estados Miembros de ingresos bajos y medianos	81,7%	607	75,5%	11,2	8,7	13,7	1,6
Países de ingresos bajos y medianos de África	12,6%	61	7,6%	10,0	5,8	14,4	2,5
Países de ingresos bajos y medianos de las Américas	8,2%	35	4,3%	6,1	2,7	9,8	3,6
Países de ingresos bajos y medianos del Mediterráneo Oriental	8,0%	30	3,7%	6,4	5,2	7,5	1,4
Países de ingresos bajos y medianos de Europa	3,8%	35	4,3%	12,0	4,9	20,0	4,1
Países de ingresos bajos y medianos de Asia Sudoriental	25,9%	314	39,1%	17,7	13,9	21,6	1,6
Países de ingresos bajos y medianos del Pacífico Occidental	23,1%	131	16,3%	7,5	7,9	7,2	0,9
Regiones del Banco Mundial **							
De ingresos altos	18,3%	197	24,5%	12,7	5,7	19,9	3,5
De ingresos medianos altos	34,3%	192	23,8%	7,5	6,5	8,7	1,3
De ingresos medianos bajos	35,4%	333	41,4%	14,1	10,4	18,0	1,7
De ingresos bajos	12,0%	82	10,2%	13,4	10,0	17,0	1,7

* Las tasas están normalizadas según WHO World Standard Population, que ajusta las diferencias de composición por edades, facilitando las comparaciones entre regiones y con el transcurso del tiempo.

** Incluye datos de tres territorios que no son Estados Miembros de la OMS.

La tasa de suicidio normalizada según la edad es algo mayor en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medianos (12,7 frente a 11,2 por 100 000 habitantes, respectivamente). Sin embargo, dado que la proporción de la población mundial que reside en los países de ingresos bajos y medianos es mucho mayor, el 75,5% de los suicidios en el mundo se registran en estos países (figura 2).

Entre los países de ingresos bajos y medianos de las seis regiones de la OMS, la tasa de suicidio normalizada según la edad va de un 6,1 por 100 000 en la Región de las Américas a un 17,7 por 100 000 en la Región de Asia Sudoriental, es decir, la diferencia entre estos dos límites es de casi 3 veces. Habida cuenta de estas diferencias, en el 2012 la Región de Asia Sudoriental tenía el 26% de la población mundial pero el 39% de los suicidios en el mundo (figura 3).

Figura 2. Suicidios registrados en el mundo, según la edad y el nivel de ingresos del país, 2012

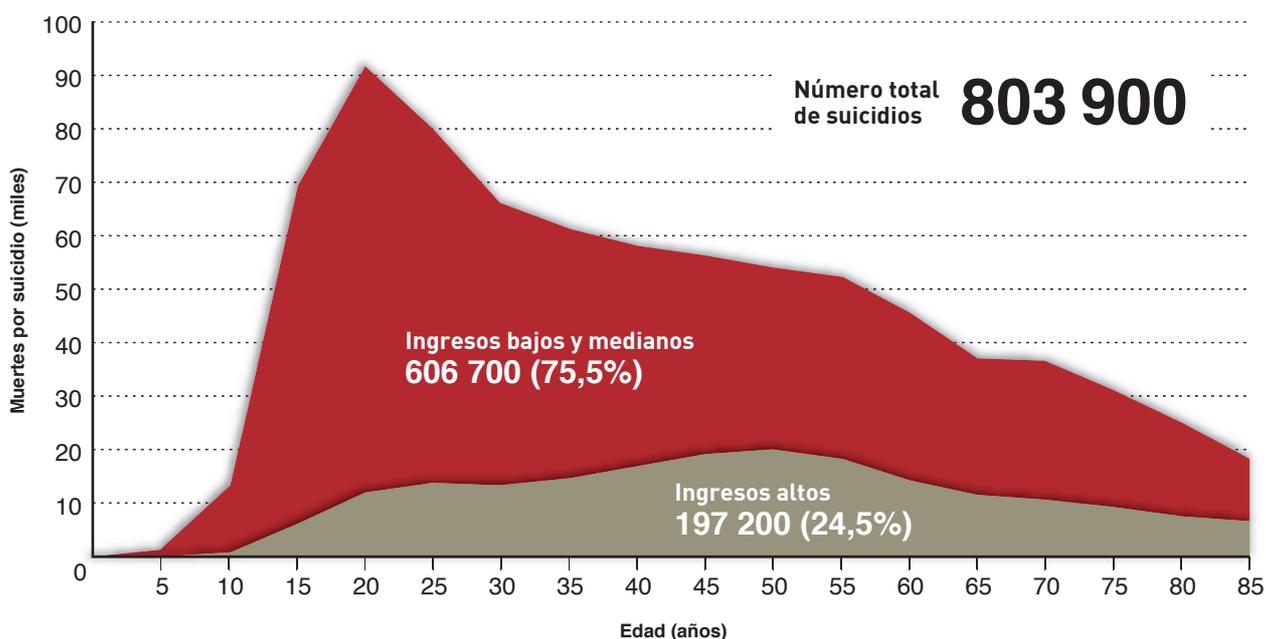
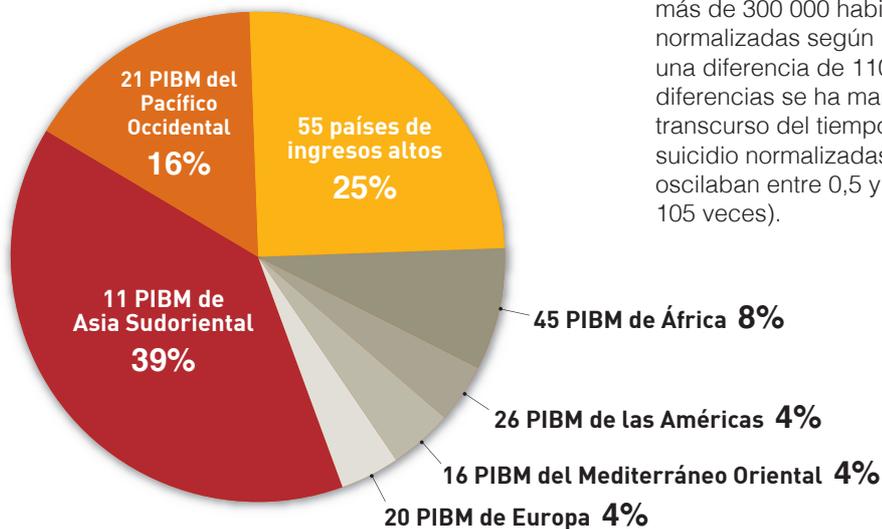


Figura 3. Distribución regional de los suicidios en el mundo, 2012



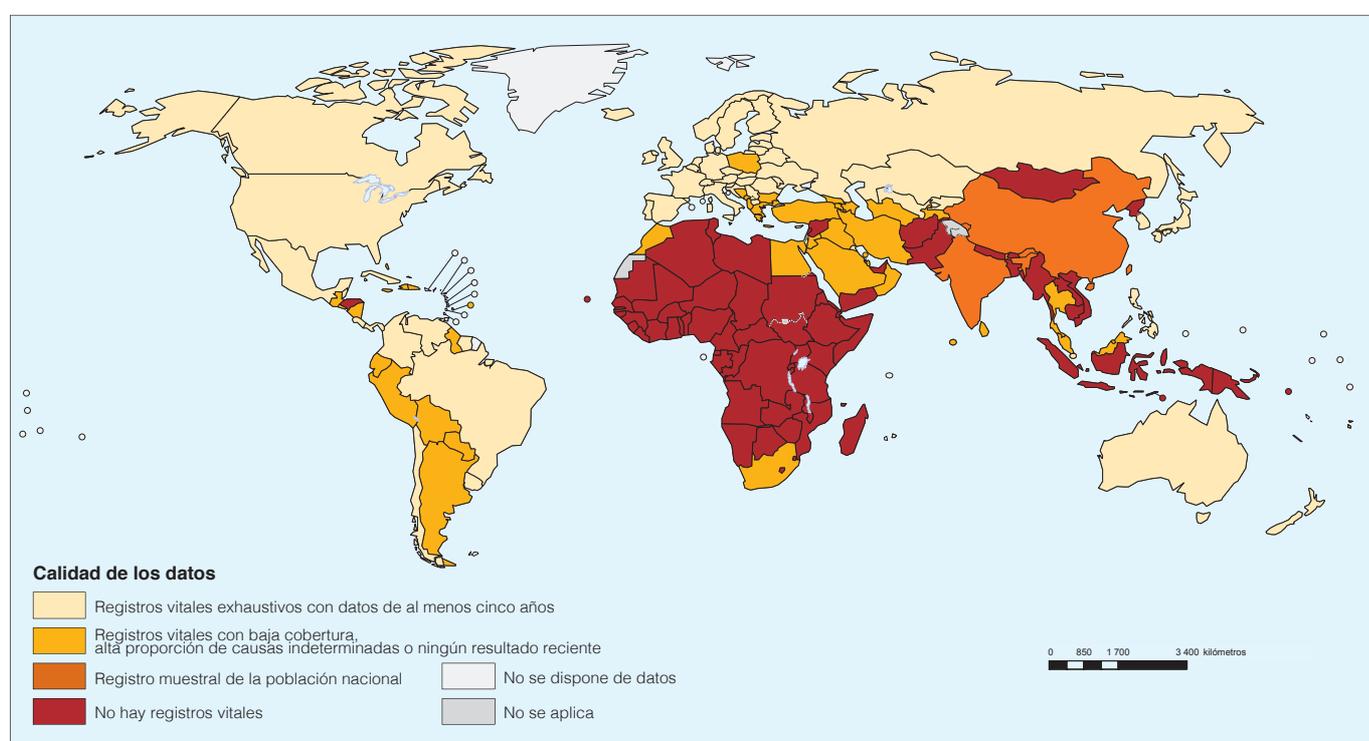
Esta diferencia entre las tasas es aun más pronunciada si se comparan los datos de los países. En los 172 países con más de 300 000 habitantes, las tasas de suicidio normalizadas según la edad van de 0,4 a 44,2 por 100 000, una diferencia de 110 veces. La magnitud de estas diferencias se ha mantenido bastante estable con el transcurso del tiempo: en el 2000 los valores de las tasas de suicidio normalizadas según la edad en los 172 países oscilaban entre 0,5 y 52,7 por 100 000 (una diferencia de 105 veces).

PIBM = Países de ingresos bajos y medianos.

Hay varias advertencias importantes que se deben considerar cuando se evalúan estos datos de mortalidad por suicidio. De los 172 Estados Miembros de la OMS para los cuales se hicieron estimaciones, solo 60 (mapa 2 y anexos 1 y 2) tienen datos de registro civil de buena calidad que pueden usarse directamente para estimar las tasas de suicidio. Las tasas estimadas de suicidio en los otros 112 Estados Miembros (que representan cerca del 71% de los suicidios registrados en el mundo) necesariamente se basan

en métodos de modelación. Como cabría esperar, los sistemas de registro civil de buena calidad tienen muchas más probabilidades de estar disponibles en los países de ingresos altos. Los 39 países de ingresos altos con buenos datos de registro civil acusan un 95% de los suicidios estimados en los países de ingresos altos, pero los 21 países de ingresos bajos y medianos con buenos datos de registro civil representan solo un 8% de los suicidios estimados en los países de ingresos bajos y medianos.

Mapa 2. Calidad de los datos de mortalidad por suicidio, 2012



Este problema de los datos de mala calidad sobre la mortalidad no es exclusivo del suicidio, pero dada la sensibilidad de este —y la ilegalidad del comportamiento suicida en algunos países— es probable que haya más problemas de subnotificación y mala clasificación en los casos de suicidio que en la mayor parte de las demás causas de muerte. El registro de suicidios es un procedimiento complejo, de niveles múltiples, que abarca cuestiones médicas y legales e incluye a varias autoridades responsables que pueden variar de un país a otro. Las defunciones por suicidio suelen estar mal clasificadas según los códigos de la 10.^a revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como “de intención no determinada” (códigos Y10-Y34 de la CIE-10), o también como “accidentes” (códigos V01-X59), “homicidios” (códigos X85-Y09) o “de causa desconocida” (códigos R95-R99) (4, 5, 6). Es posible que la muy amplia gama de tasas estimadas de suicidio notificadas por diferentes países y regiones se considere un artificio debido a las diferentes

prácticas de notificación y registro. En los 60 países con buenos sistemas de registro civil hay una diferencia de 32 veces entre las tasas nacionales de suicidio ajustadas por edad para el 2012 (de 0,89 a 28,85 por 100 000). Las diferencias regionales han persistido a pesar de las décadas de trabajo encaminado a mejorar la exactitud de los datos de mortalidad de los países. También debe considerarse la posibilidad de que una parte considerable de estas diferencias observadas consistan de hecho en diferencias reales.

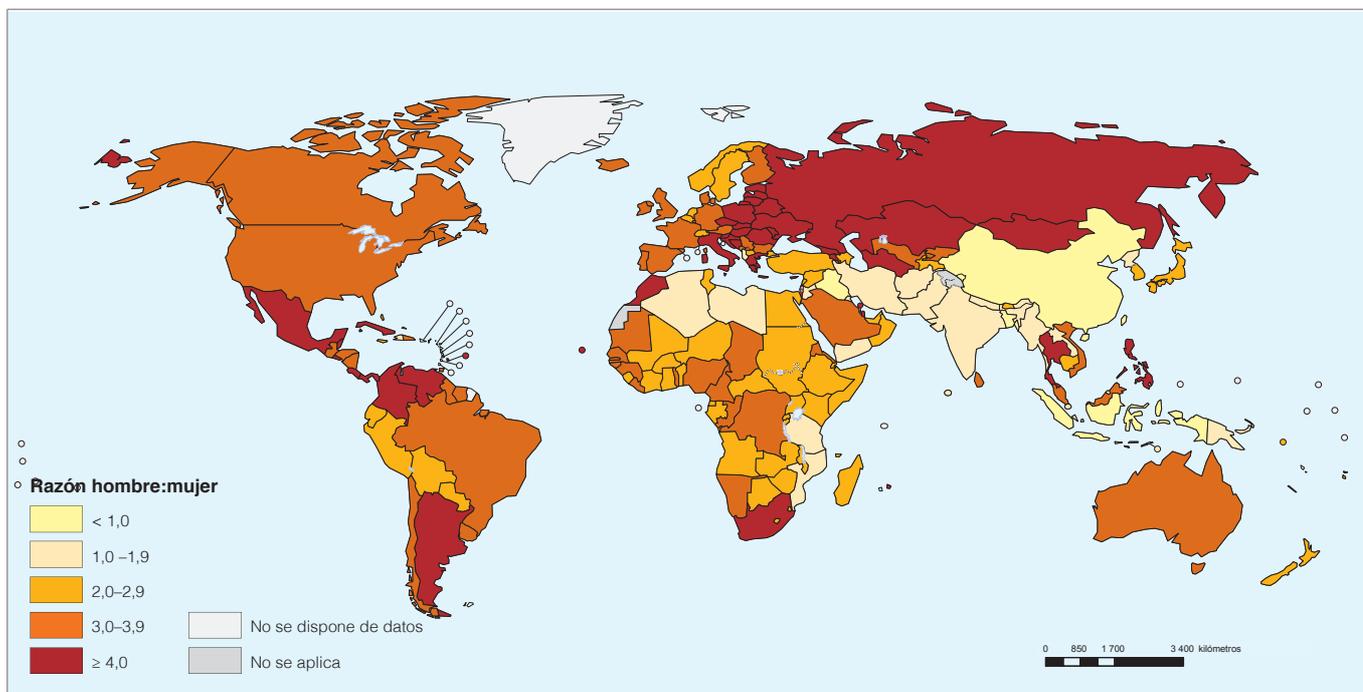
Esto conduce a las siguientes preguntas clave: 1) ¿Cómo pueden mejorar los países la vigilancia del comportamiento suicida? 2) ¿Qué está causando esas diferencias enormes en las tasas de suicidio entre las regiones y los países? 3) Entre los muchos factores que influyen en las tasas de suicidio, ¿cuáles pueden ser modificados por políticas o programas? En este y en posteriores capítulos del presente informe se procurará responder a esas preguntas.

Tasas de suicidio por sexo

Las tasas de suicidio varían según el sexo (mapa 3 y figura 4). Durante muchos años la sabiduría convencional sostenía que a nivel mundial se suicidaban tres veces más hombres que mujeres. Sin embargo, esta razón alta hombre:mujer es principalmente un fenómeno de los países de ingresos altos donde en el 2012 la razón hombre:mujer de las tasas de suicidio normalizadas según la edad fue de 3,5. En los países de ingresos bajos y medianos la razón hombre:mujer es mucho menor, de 1,6, indicando que la tasa de suicidio es un 57% (no un 300%) mayor entre hombres que entre mujeres.

No obstante, hay diferencias grandes entre las regiones y los países. Tal como se muestra en el cuadro 1, las razones regionales por sexo en los países de ingresos bajos y medianos van desde 0,9 en la Región del Pacífico Occidental hasta 4,1 en la Región de Europa, una diferencia de 4,5 veces. Entre los 172 Estados Miembros con más de 300 000 habitantes, la media de la razón hombre:mujer es de 3,2, la mediana de la razón es de 2,8 y los límites son 0,5 y 12,5 (es decir, difieren en un factor de 24).

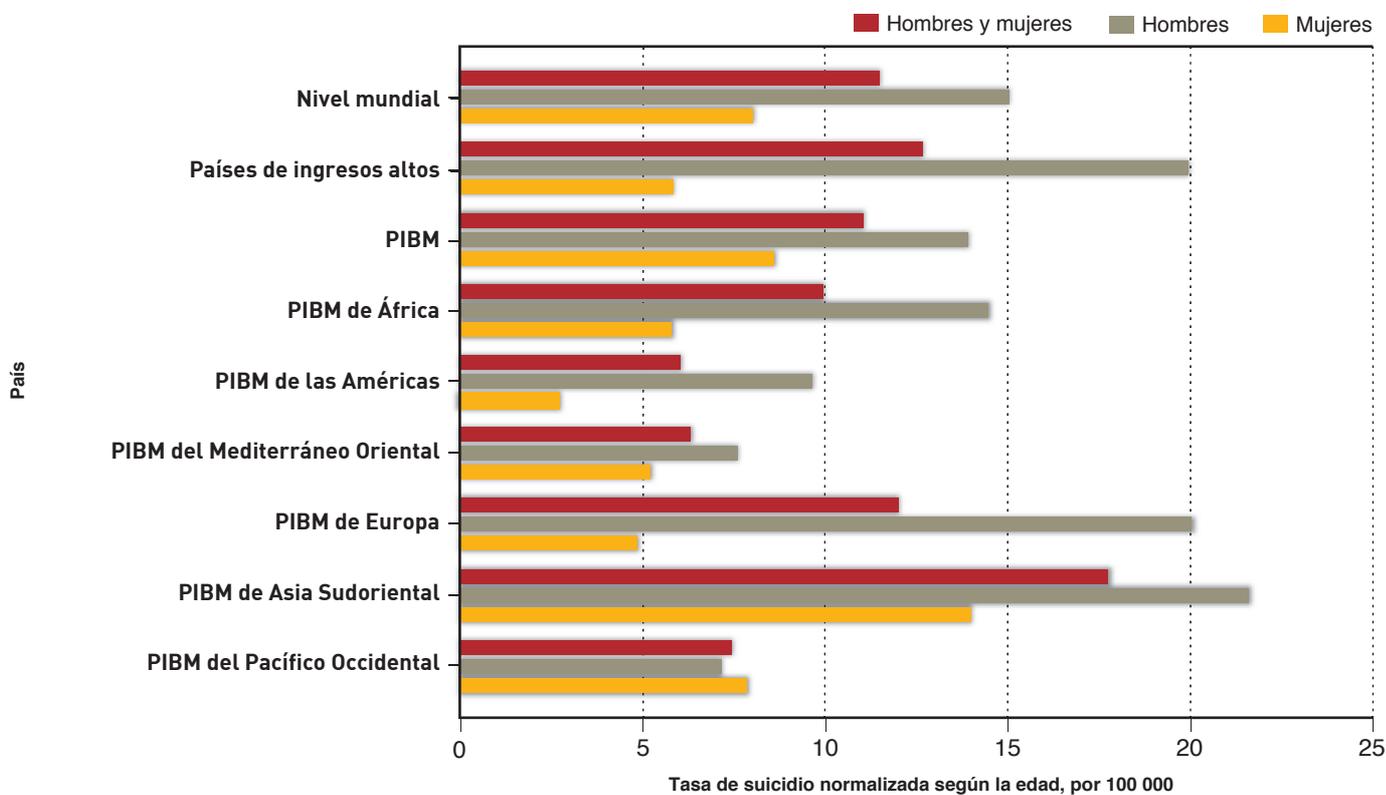
Mapa 3. Razón hombre:mujer de las tasas de suicidio normalizadas según la edad, 2012



Como se muestra en la figura 5, también hay diferencias en la razón hombre:mujer por edades. Hay muchas explicaciones posibles de las tasas diferentes de suicidio entre hombres y mujeres, por ejemplo cuestiones de igualdad de género, diferencias entre hombres y mujeres en los métodos socialmente aceptables de abordar el estrés y el conflicto, disponibilidad de diferentes medios utilizables para

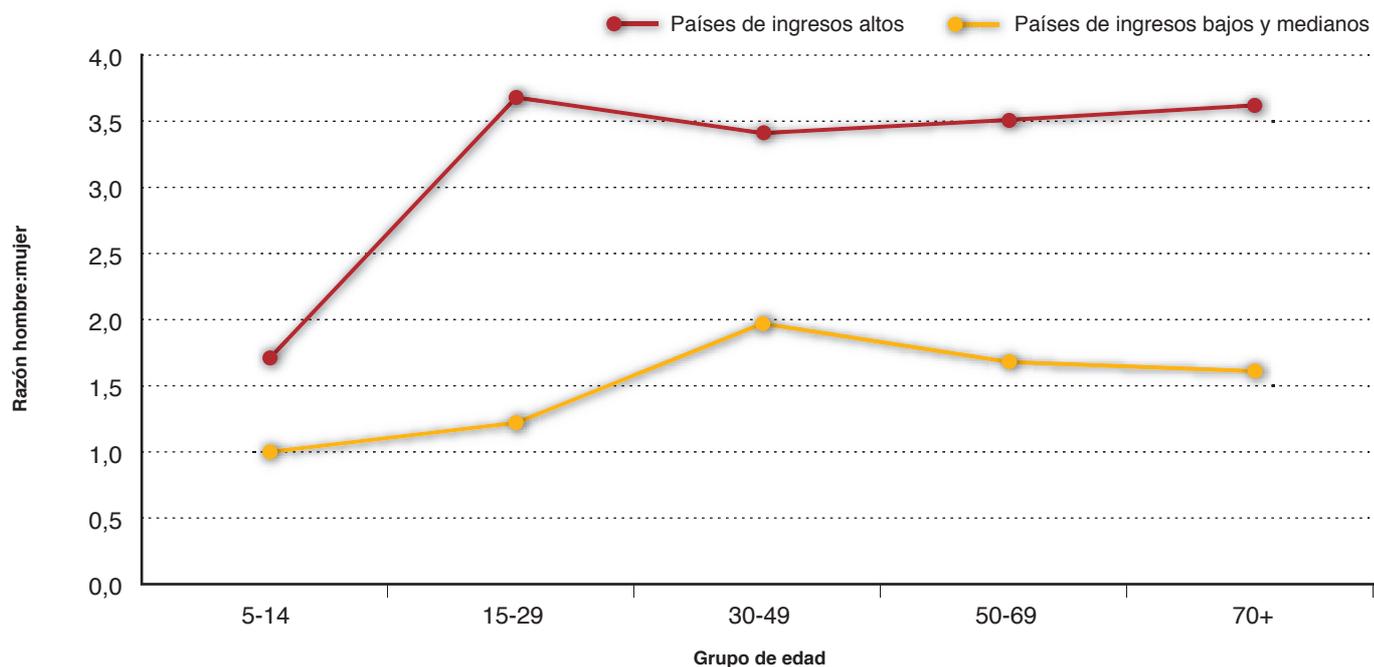
suicidarse y preferencia por alguno de ellos, disponibilidad y patrones de consumo de alcohol y diferencias entre hombres y mujeres en las tasas de búsqueda de atención por trastornos mentales. La muy amplia distribución de las tasas de suicidio por sexo indica que la importancia relativa de esas diferentes explicaciones varía enormemente según el país y la región.

Figura 4. Tasas de suicidio, normalizadas según la edad, en diferentes regiones del mundo, 2012



PIBM = países de ingresos bajos y medianos.

Figura 5. Razón hombre:mujer de las tasas de suicidio normalizadas según la edad, por grupo de edad y nivel de ingresos del país, 2012



Tasas de suicidio por edad

Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más bajas entre los menores de 15 años y más elevadas entre las personas de 70 años o más, tanto hombres como mujeres, en casi todas las regiones del mundo, aunque las características por edad y sexo en la tasa de suicidio entre 15 y 70 años varían según la región. En algunas regiones la tasa de suicidio aumenta en forma sostenida con la edad, mientras que en otras las tasas de suicidio llegan a un máximo entre los adultos jóvenes y bajan entre los de edad mediana. En algunas regiones las edades de los hombres y las mujeres suicidas son similares, mientras que en otras son muy diferentes. Las diferencias principales entre los países de ingresos altos y los de ingresos bajos y medianos son que los adultos jóvenes y las mujeres ancianas en los países de ingresos bajos y medianos tienen tasas de suicidio mucho mayores que sus contrapartes de los países de ingresos altos, y que los hombres de mediana edad de los países de ingresos altos tienen tasas de suicidio mucho mayores que los hombres de mediana edad de los países de ingresos bajos y medianos. Como en las tasas generales de suicidio, la variabilidad entre las tasas de suicidio por edad en diferentes países es aun mayor que la variabilidad por región.

Importancia relativa del suicidio como causa principal de muerte

En el 2012 el suicidio representaba el 1,4% del total de defunciones en todo el mundo y era la 15.^a causa principal de muerte. Estas defunciones inesperadas, predominantemente de jóvenes y de adultos de mediana edad, dan como resultado una enorme carga económica, social y psicológica para las personas, las familias, las comunidades y los países. El suicidio es un importante problema de salud pública en todos los países y comunidades del mundo.

Del total de defunciones, la proporción de las debidas al suicidio es mayor en los países de ingresos altos (1,7%) que en los de ingresos bajos y medianos (1,4%). Esto se debe principalmente al número mayor de defunciones por enfermedades infecciosas y otras causas que se registra en los países de ingresos bajos y medianos en comparación con los de ingresos altos. Con la excepción notable de los países de ingresos bajos y medianos de la Región del Pacífico Occidental, en las demás regiones del mundo la proporción de defunciones por suicidio es mayor entre hombres que entre mujeres, y el rango del suicidio entre las causas de muerte es más alto entre los hombres que entre las mujeres.

La proporción de muertes debidas al suicidio y el rango del suicidio como causa de muerte varían enormemente según la edad. A nivel mundial, entre los adultos jóvenes de 15 a 29 años de edad, el suicidio causa el 8,5% de las muertes y se clasifica como la segunda causa principal de muerte (después de los accidentes de tránsito). Entre los adultos de

30 a 49 años de edad representa el 4,1% de las muertes y se clasifica como la quinta causa principal de muerte. Notablemente, en los países de ingresos altos y en los de ingresos bajos y medianos de la Región de Asia Sudoriental el suicidio representa el 17,6% y el 16,6%, respectivamente, de las muertes entre adultos jóvenes de 15 a 29 años de edad y en este grupo es la principal causa de muerte en ambos sexos.

Otro método de evaluación de la importancia del suicidio como problema de salud pública consiste en determinar su contribución relativa al total de muertes intencionales, que incluyen las defunciones por actos de violencia interpersonal, conflictos armados y suicidio (es decir, las muertes violentas). En la figura 6 se muestra la proporción del total de muertes violentas que se debe a suicidio en diferentes regiones del mundo. A nivel mundial, los suicidios representan el 56% de todas las muertes violentas (50% entre hombres y 71% entre mujeres). En los países de ingresos altos el suicidio representa el 81% de las muertes violentas tanto entre hombres como entre mujeres, mientras que en los países de ingresos bajos y medianos el 44% de las muertes violentas de hombres y el 70% de las muertes violentas de mujeres se deben a suicidio.

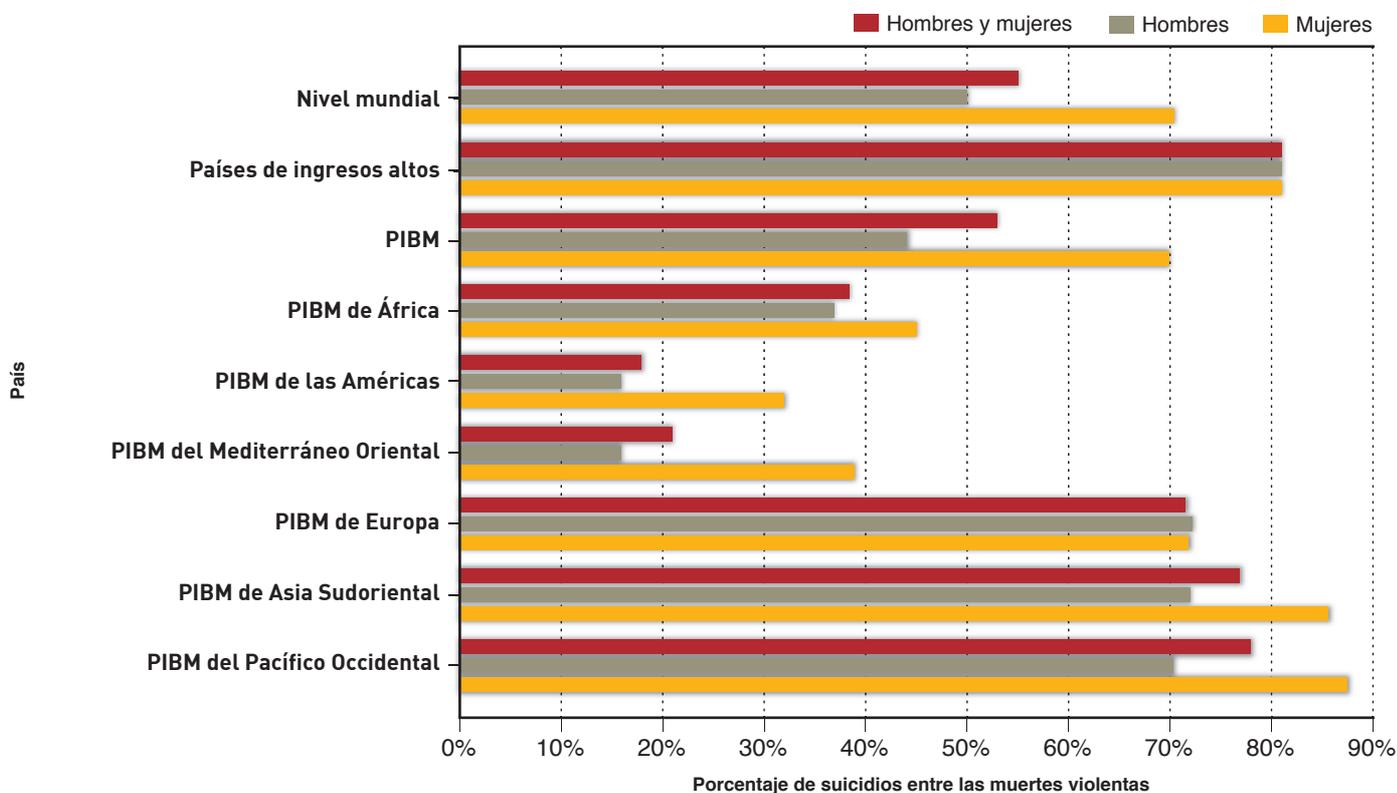
Cambios en las tasas de suicidio entre el 2000 y el 2012

A pesar del aumento de la población mundial registrado entre el 2000 y el 2012, el número absoluto de suicidios ha descendido cerca de un 9%, pasando de 883 000 a 804 000. Sin embargo, se observan características muy diferentes según la región: el cambio porcentual en el número total de suicidios comprende desde un aumento del 38% en los países de ingresos bajos y medianos de la Región de África hasta una reducción del 47% en los países de ingresos bajos y medianos de la Región del Pacífico Occidental.

La tasa mundial de suicidio normalizada según la edad (que se ajusta para tener en cuenta las diferencias de tamaño y composición por edades de las poblaciones con el transcurso del tiempo) bajó un 26% (23% entre hombres y 32% entre mujeres) durante el período de 12 años comprendido entre el 2000 y el 2012. Las tasas normalizadas según la edad han descendido en todas las regiones del mundo excepto en los países de ingresos bajos y medianos de la Región de África y entre hombres de los países de ingresos bajos y medianos de la Región del Mediterráneo Oriental.

Este análisis mundial y regional oculta los cambios registrados en las tasas de suicidio de los países. Entre los 172 Estados Miembros con más de 300 000 habitantes (véanse los anexos 1 y 2), en el período 2000-2012 los cambios en las tasas de suicidio normalizadas según la edad comprendieron desde una disminución del 69% hasta un aumento del 270%. Entre estos 172 países, 85 (49,4%)

Figura 6. Proporción del total de muertes violentas que representa el suicidio en diferentes regiones del mundo, 2012



PIBM = países de ingresos bajos y medianos.

experimentaron una disminución de más del 10% en las tasas de suicidio normalizadas según la edad, 29 (16,9%) experimentaron un aumento de más del 10%, y 58 (33,7%) tuvieron cambios relativamente pequeños en las tasas de suicidio normalizadas según la edad en ese período de 12 años (de -10% a +10%).

Se desconocen las razones de esos cambios rápidos en las tasas de suicidio. Una posible explicación parcial sería el notable mejoramiento de la salud mundial durante la última década. Del 2000 al 2012 la mortalidad mundial por todas las causas, normalizada según la edad, descendió un 18%. La disminución de las tasas de suicidio ha sido más rápida que la disminución de la mortalidad general (26% frente a 18%), pero la diferencia es de solo un 8%. Si pudiera mantenerse esta trayectoria, sería realizable la meta especificada en el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 de la OMS (1) de reducir un 10% para el 2020 las tasas de suicidio.

Métodos de suicidio

La mayoría de las personas que incurren en comportamientos suicidas son ambivalentes acerca de querer morir en el momento del acto, y algunos actos suicidas son respuestas impulsivas a estresantes psicosociales agudos. La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es un componente clave de las actividades de prevención del suicidio porque brinda a la persona la oportunidad de reflexionar sobre lo que está por hacer y, esperamos, dejar pasar la crisis. Sin embargo, la formulación de políticas apropiadas al respecto (por ejemplo, restringir el acceso a plaguicidas y armas de fuego, colocar barreras en subterráneos, puentes y edificios emblemáticos, o modificar la reglamentación de los envases de medicamentos) requiere un conocimiento exhaustivo de los métodos de suicidio utilizados en la comunidad y de las preferencias por cada método en diferentes grupos demográficos de la comunidad.

Lamentablemente, los datos de nivel nacional sobre los métodos usados para el suicidio son muy limitados. La CIE-10 incluye los códigos X, que prevén causas externas de muerte, incluido el método de suicidio, pero muchos países no recopilan esa información. Entre el 2005 y el 2011 solo 76 de los 194 Estados Miembros de la OMS notificaron

datos sobre los métodos de suicidio a la base de datos de la OMS sobre mortalidad. En estos países se registra cerca del 28% de los suicidios registrados en el mundo, de manera que los métodos usados en un 72% de los suicidios están poco claros. Conforme a lo previsto, la cobertura es mucho mejor en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medianos. En los países de ingresos altos el ahorcamiento es el método utilizado en el 50% de los suicidios y las armas de fuego son el segundo método más frecuente, utilizado en el 18% de los suicidios. La proporción relativamente alta de suicidios con armas de fuego en los países de ingresos altos corresponde principalmente a los países de ingresos altos de las Américas, donde las armas de fuego constituyen el método utilizado en el 46% de los suicidios; en otros países de ingresos altos las armas de fuego constituyen el método utilizado en solo el 4,5% de los suicidios.

Dado que en la base de datos de mortalidad de la OMS faltan datos de nivel nacional acerca de los métodos de suicidio en los países de ingresos bajos y medianos, los investigadores tienen que depender de los datos publicados en la bibliografía científica para evaluar las características de los métodos de suicidio usados en algunas regiones (7). Uno de los principales métodos de suicidio en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en aquellos con una proporción alta de residentes rurales que trabajan en la agricultura de pequeña escala, es la intoxicación con plaguicidas. Una revisión sistemática (8) de los datos mundiales correspondientes a 1990-2007 estimaba que alrededor del 30% (intervalo posible: 27-37%) de los suicidios del mundo se deben a intoxicación con plaguicidas, y la mayoría de ellos ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Según este cálculo, la ingestión de plaguicidas se encuentra entre los métodos más frecuentes de suicidio a nivel mundial. De ser cierto, esto tendría repercusiones muy importantes para la prevención porque la restricción de los plaguicidas, aunque difícil, es más factible que la de los medios utilizados para el ahorcamiento.

Otra investigación indica que el principal método de suicidio utilizado en una comunidad puede estar determinado por el ambiente, cambiar rápidamente con el transcurso del tiempo y difundirse de una comunidad a otra. En áreas sumamente urbanizadas como Hong Kong (Región Administrativa Especial de China) y Singapur, donde la mayor parte de la población vive en complejos de departamento en torre, un método frecuente de suicidio consiste en arrojar de edificios altos. En 1998 en Hong Kong (Región Administrativa Especial de China) se desató una epidemia de uso de carbón vegetal de barbacoa para producir monóxido de carbono, gas sumamente tóxico, a fin de suicidarse, epidemia que se extendió rápidamente a Taiwán, donde en ocho años se convirtió en el método más frecuente de suicidio (9). Otros métodos popularizados recientemente en algunos lugares consisten en mezclar productos químicos para producir gas de sulfuro de

hidrógeno (por ejemplo, en el Japón) o utilizar helio. Estos resultados destacan la importancia que tiene la vigilancia continua de los métodos empleados tanto en los suicidios como en los intentos de suicidio, para garantizar que los esfuerzos de restricción de los medios y educación de la comunidad respondan a las características cambiantes de los suicidios. Sin embargo, muchos de los nuevos métodos de suicidio no pueden identificarse específicamente usando los vigentes códigos de causas externas que figuran en la CIE-10, de manera que no serán evidentes en los sistemas de registro de la mortalidad a menos que los funcionarios locales promulguen el uso de subcódigos de la CIE-10 específicos según los métodos (véase el recuadro 1).

Recuadro 1.

El sistema nacional de notificación de muertes violentas utilizado en los Estados Unidos

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos tienen un sistema nacional de notificación de muertes violentas (NVDRS) consistente en un sistema de vigilancia que recopila información detallada sobre las muertes violentas, incluidos los suicidios (10, 11). El NVDRS sirve de depósito de datos que vincula información pertinente sobre cada incidente de una variedad de fuentes, incluido el certificado de defunción de la víctima, informes de toxicología y autopsia y diversos informes de policías, funcionarios forenses, médicos forenses u otros investigadores de la escena de muerte. El NVDRS facilita detalles sobre las características demográficas de la persona fallecida, los mecanismos u armas que intervinieron en la muerte, otras características del incidente (por ejemplo, lugar y hora de la muerte), el estado de salud y la presencia de circunstancias estresantes en la vida del fallecido que puedan haber contribuido a la muerte considerando los resultados de las investigaciones sobre la escena de muerte, declaraciones de testigos, revelaciones previas del difunto y otros datos materiales (por ejemplo, notas de suicidio). Actualmente el NVDRS recopila datos de 18 de los 50 estados de los Estados Unidos. Los estados administran la recopilación de datos a través de los departamentos de salud estatales o de entidades subcontratadas, como oficinas de médicos forenses. Los datos son recogidos y codificados por redactores de resúmenes capacitados. Los CDC se proponen ampliar los NVDRS a todos los estados de los Estados Unidos apenas se disponga del financiamiento necesario.

Otra advertencia importante con respecto a la utilización de datos regionales o específicos de países acerca del suicidio es que esos datos son de uso limitado para el diseño de programas focalizados de prevención del suicidio porque son insensibles a la variabilidad sustancial existente dentro de los países en cuanto a tasas, características demográficas y métodos de suicidio. Hay amplios datos científicos sobre las grandes diferencias en las tasas y las características demográficas del suicidio entre diferentes localidades de un mismo país —por ejemplo, entre zonas urbanas y rurales de China (12) y entre diferentes estados de la India (13). En semejante situación, los datos nacionales no ayudan a determinar las regiones geográficas o los grupos

demográficos que deben priorizarse para los fines de las actividades de intervención. Las estimaciones nacionales de las proporciones de suicidios cometidos por diversos métodos proporcionan un foco de atención para la restricción de medios a nivel nacional, pero esos esfuerzos a menudo deben adaptarse a las diferentes regiones de un país. Por ejemplo, los suicidios cometidos por ingestión de plaguicidas se dan principalmente en zonas rurales, de manera que las medidas de restricción de los plaguicidas probablemente no serían un foco primario de los programas de prevención del suicidio en las zonas urbanas de países que a nivel nacional podrían tener una proporción alta de suicidios por ingestión de plaguicidas.

Intentos de suicidio

Los intentos de suicidio constituyen una gran carga social y económica para las comunidades debido a la utilización de los servicios de salud para tratar las lesiones, al impacto psicológico y social del comportamiento en el individuo y sus asociados y, ocasionalmente, a una discapacidad a largo plazo debida a la lesión. Lo más significativo es que un intento previo de suicidio es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio en la población general: quienes ya hayan intentado el suicidio corren un riesgo mucho mayor de morir por suicidio que quienes no lo hayan intentado antes. Identificar a estas personas de alto riesgo y proporcionarles seguimiento y apoyo debe ser un componente clave de todas las estrategias integrales de prevención del suicidio.

La vigilancia de la prevalencia, las características demográficas y los métodos usados en los intentos de suicidio en una comunidad suministra información importante que puede ayudar a elaborar y evaluar estrategias de prevención. Cuando se combinan con información sobre las muertes por suicidio, los datos sobre las tasas y los métodos de los intentos de suicidio pueden usarse para calcular la tasa de letalidad del comportamiento suicida (es decir, la proporción de actos suicidas que dan lugar a muerte) por sexo, edad y método. Esta información ayuda a identificar dentro de la comunidad a los grupos de alto riesgo a los que se dirigirían intervenciones psicosociales selectivas y a identificar los métodos de alto riesgo a los que se dirigirían las intervenciones de restricción de medios.

Hay dos métodos primarios para obtener información acerca de las tasas nacionales o regionales de intentos de suicidio, a saber: la autnotificación de comportamiento suicida en

encuestas de muestras representativas de residentes de la comunidad, y los registros médicos de tratamiento de lesiones autoinfligidas en muestras representativas de instituciones de atención de salud (generalmente hospitales) de la comunidad. La OMS no recopila sistemáticamente datos sobre los intentos de suicidio, pero ha apoyado las actividades de las encuestas mundiales de salud mental (14) que recopilan información acerca de los intentos de suicidio. Por otro lado, el método gradual (STEPwise) de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas (STEPS) incluye preguntas previstas para recopilar datos sobre los intentos de suicidio (15). La OMS también ha dado a conocer, además de un folleto informativo sobre el registro de casos de suicidio (16), otro para establecer registros de casos de intentos de suicidio tratados médicamente en hospitales (17).

Autnotificación de comportamientos suicidas en las encuestas

Muchas encuestas comunitarias acerca de cuestiones psicosociales incluyen preguntas previstas para la autnotificación de comportamientos suicidas. Cuando se administra la misma encuesta a la misma población repetidas veces con el transcurso del tiempo, pueden sacarse conclusiones razonables sobre la evolución de las tendencias del comportamiento suicida autnotificado. Un ejemplo de esto es el sistema de vigilancia bianual de los comportamientos de riesgo entre los jóvenes (YRBSS) de los Estados Unidos (18). Sin embargo, es mucho más difícil interpretar los resultados si se emplean diferentes instrumentos de encuesta o si se administra la misma encuesta a diferentes poblaciones (en particular si se utilizan diferentes idiomas). Más allá de los

problemas metodológicos corrientes asociados con las encuestas comunitarias (como velar por que la muestra sea verdaderamente representativa de la población prevista), hay varios factores de confusión que pueden afectar a las tasas de autnotificación de ideación suicida e intentos de suicidio. Tales factores incluyen el nivel de alfabetización de la población, la formulación específica de las preguntas del cuestionario, la longitud de este, la interpretación (es decir, el significado exacto y las connotaciones) de las palabras utilizadas en el idioma local, el marco temporal considerado y —lo que es más importante— cuán dispuestos están los encuestados a revelar esa información.

La voluntad de informar sobre un comportamiento suicida precedente puede variar según la edad, el sexo, la religión, el grupo étnico y otros factores, de manera que uno debe ser cauteloso al comparar las tasas de comportamientos suicidas autnotificados de diferentes grupos demográficos o culturales. La comparación entre las tasas de ideación suicida autnotificada de diversos grupos es particularmente problemática porque la ideación suicida suele ser una experiencia fugaz y fluctuante, no observable por otros. Por otro lado, la comparación entre las tasas de ideación suicida e intentos de suicidio autnotificados a diferentes edades —que pueden tener un valor limitado para evaluar el riesgo actual de suicidio— también puede ser objeto de confusión según la edad de los entrevistados y las distorsiones de la memoria al recordar sucesos muy distantes en el tiempo. Por lo tanto, la medición más útil y posiblemente más confiable generada por la autnotificación en las encuestas comunitarias es la de intentos de suicidio (que hayan dado lugar a alguna lesión física) en el año precedente.

Las encuestas mundiales de salud mental de la OMS (14) utilizan la entrevista diagnóstica internacional compuesta de la OMS (CIDI), que incluye una serie de preguntas estandarizadas acerca del acontecimiento, el momento, el método y el tratamiento médico (si lo hubiere) de un intento de suicidio. El informe disponible sobre la prevalencia anual de intentos de suicidio entre personas de 18 años de edad o más (según estudios realizados desde el 2001 hasta el 2007) se basa en datos de 10 países de ingresos altos (nueve de ellos utilizaron muestras representativas a nivel nacional) con una muestra combinada de 52 484 individuos, seis países de ingresos medianos (cuatro de ellos utilizaron muestras representativas a nivel nacional) con una muestra combinada de 25 666 individuos, y cinco países de ingresos bajos (uno de ellos utilizó una muestra representativa a nivel nacional) con una muestra combinada de 31 227 individuos (19). La prevalencia de uno o más intentos de suicidio notificados cometidos en el año precedente fue de 3 por 1 000 individuos (es decir, un 0,3%) entre hombres y mujeres de países de ingresos altos, 3 por 1 000 entre hombres y 6 por 1 000 entre mujeres de países de ingresos medianos y 4 por 1 000 entre hombres y mujeres de países de ingresos bajos. La prevalencia registrada en los países de ingresos altos, ingresos medianos e ingresos bajos, aplicada a las poblaciones adultas (es decir, de 18 años o más) de todos

los países de cada uno de estos estratos de ingresos del Banco Mundial, da una prevalencia anual mundial de intentos de suicidio autnotificados de aproximadamente 4 por 1 000 adultos. La tasa mundial calculada de suicidio en 2012 fue de 15,4 por 100 000 adultos de 18 años o más; esto indicaría que por cada adulto que se suicidó probablemente más de otros 20 hayan cometido uno o más intentos de suicidio. Sin embargo, al igual que en el caso de las tasas de suicidio y de intentos de suicidio, hay una amplia variación en la relación proporcional entre intento y muerte y en la tasa de letalidad de los comportamientos suicidas por región, sexo, edad y método.

Datos procedentes de hospitales sobre intentos de suicidio tratados médicamente

Las otras fuentes de información acerca de las tasas de intentos de suicidio son los registros de tratamiento médico dispensado en servicios de urgencias y servicios ambulatorios de hospitales y otros establecimientos de salud por lesiones autoinfligidas. A diferencia del registro de las defunciones, no hay ningún método internacionalmente aceptado para estandarizar la recopilación de información acerca de los intentos de suicidio, de manera que al comparar las tasas de diferentes jurisdicciones deben considerarse varias cuestiones metodológicas. Las estimaciones de las tasas de intentos de suicidio tratados médicamente basadas en los informes de hospitales pueden ser inexactas si los hospitales seleccionados no son representativos de todos los hospitales de la comunidad o si una proporción considerable de intentos de suicidio se trata solo en consultorios locales y no llegan a un hospital. Por otro lado, las tasas notificadas de intentos de suicidio tratados médicamente están influidas en gran medida por los procesos de registro en los entornos hospitalarios. Estos pueden no ser plenamente fiables por las siguientes razones:

- pueden no distinguir entre las personas y los episodios de tratamiento (por lo cual quienes han tenido más de un intento de suicidio en el transcurso de un año se encuentran duplicados);
- pueden no excluir a quienes mueren en el hospital durante el tratamiento por un acto suicida o son dados de alta para que puedan morir en casa (y por lo tanto ya no cuentan como intentos de suicidio);
- pueden no distinguir entre aquellos con lesión autoinfligida no suicida y aquellos con lesión autoinfligida suicida;
- pueden no incluir a individuos tratados en departamentos de urgencias de hospitales que han sido dados de alta antes de ser ingresados formalmente en el hospital;
- pueden no incluir a personas hospitalizadas directamente en salas sin haber pasado por el departamento de urgencias;
- pueden no registrar el método de intento de suicidio (lo que imposibilita evaluar las tasas de letalidad específicas por métodos) y, lo que es más importante,

- pueden registrar sistemáticamente los intentos de suicidio como “accidentes” debido al estigma asociado, a la falta de cobertura del comportamiento suicida por el seguro o a inquietudes por las posibles complicaciones legales.

La estandarización de estos procesos de registro dentro de los países, y posteriormente entre los países, es una de las tareas básicas necesarias para comprender y, con el tiempo, reducir los suicidios (véase el recuadro 2).

Solo algunos intentos de suicidio dan como resultado lesiones que reciben tratamiento médico, de manera que la letalidad calculada sobre la base de los intentos de suicidio tratados médicamente necesariamente será mayor que la basada en las tasas de intentos de suicidio autonotificados en encuestas comunitarias. Muy pocos países han desarrollado sistemas de registro, nacionales o representativos a nivel nacional, de los intentos de suicidio tratados médicamente; por lo tanto, solo rara vez es posible integrar los datos de los hospitales con las tasas nacionales de suicidio. Las mediciones de la letalidad se pueden computar si se dispone de datos representativos a nivel nacional acerca de los intentos de suicidio tratados médicamente. Lamentablemente, no hay ningún ejemplo disponible de países de ingresos bajos y medianos; los ejemplos se limiten a cuatro países de ingresos altos, a saber: la región belga de Flanders (22), Irlanda (20), Suecia (23) y los Estados Unidos (24). La letalidad general del “comportamiento suicida médicamente grave” (definido operacionalmente como comportamiento suicida que da lugar a tratamiento médico o muerte) en los cuatro países va del 4,2% en Irlanda al 17,8% en Flanders, con una diferencia de 4 veces entre ambos límites. Las características de la letalidad por sexo y edad son idénticas en los cuatro países, a saber: el comportamiento suicida médicamente grave tiene muchas más probabilidades de ser mortal en hombres que en mujeres y hay un claro aumento gradual de la letalidad del comportamiento suicida médicamente grave según la edad. Este resultado concuerda con informes subnacionales anteriores de la letalidad del comportamiento suicida médicamente grave (25, 26).

Otra medición potencialmente útil —que también está disponible para ubicaciones específicas en varios países de ingresos bajos y medianos— es la letalidad en hospitales según los métodos (es decir, el número de defunciones hospitalarias debidas a la aplicación de determinado método de intento de suicidio dividido por el número de personas tratadas en hospitales tras haber recurrido a ese mismo método de intento de suicidio). La determinación de la letalidad hospitalaria específica de cada método permite identificar métodos sumamente letales que deben ser objeto de esfuerzos preventivos de restricción de medios en entornos comunitarios y esfuerzos desplegados en hospitales para mejorar el manejo médico de los comportamientos de lesión autoinfligida. Por ejemplo, el manejo médico de los intentos de suicidio por ingestión de plaguicidas suele ser

Recuadro 2.

Registro nacional de autoagresiones deliberadas de Irlanda

El Registro nacional de autoagresiones deliberadas (NRDSH) de Irlanda es un sistema nacional de vigilancia de acontecimientos de lesión autoinfligida deliberada en la población. Fue establecido, a petición del Departamento de Salud y Niñez, por la Fundación Nacional de Investigaciones sobre el Suicidio y está financiado por la Oficina Nacional de Servicios de Salud del Ejecutivo para la Prevención del Suicidio. La finalidad de este registro nacional es determinar y vigilar la incidencia y la repetición de presentaciones en los departamentos de urgencias de hospitales por autoagresiones; la intención es identificar a los grupos y las áreas de incidencia alta e informar a los servicios y profesionales dedicados a la prevención del comportamiento suicida (20, 21).

técnicamente difícil y puede requerir un equipo especial que no está disponible en los hospitales rurales de muchos países de ingresos bajos y medianos. En estos entornos, impartir capacitación y proporcionar el equipo necesario al personal médico local es un componente esencial de la prevención del suicidio (27). Los datos sobre la letalidad hospitalaria de diferente plaguicidas —que puede ir del 0% al 42%— son esenciales para determinar los tipos de capacitación y equipo más necesarios (28).

**Factores de riesgo y
de protección,
e intervenciones relacionadas**

Mitos acerca del suicidio

Mito

La mayoría de los suicidios suceden repentinamente, sin advertencia previa.

Hecho

La mayoría de los suicidios han ido precedidos de signos de advertencia verbal o conductual. Desde luego, algunos suicidios se cometen sin advertencia previa. Pero es importante conocer los signos de advertencia y tenerlos presente.

La base de toda respuesta eficaz de prevención del suicidio es la identificación de los factores de riesgo de suicidio que son pertinentes para el contexto, y la mitigación de esos riesgos mediante intervenciones apropiadas. Los comportamientos suicidas son complejos. Hay múltiples factores contribuyentes y vías causales, y existe una gama de opciones para prevenirlos. Generalmente, ninguna causa o situación estresante es suficiente para explicar un acto suicida. Con mayor frecuencia, varios factores de riesgo actúan acumulativamente para aumentar la vulnerabilidad de un individuo al comportamiento suicida. Al mismo tiempo, la presencia de factores de riesgo no necesariamente conduce a un comportamiento suicida; por ejemplo, no todos los que padecen un trastorno mental se suicidan. Las intervenciones eficaces para mitigar los factores de riesgo identificados son indispensables. Igualmente importantes son los factores protectores, y se ha observado que mejoran la capacidad de recuperación. Por consiguiente, el fortalecimiento de los factores protectores también es un objetivo esencial de toda respuesta integral de prevención del suicidio.

Factores de riesgo

Se ha reconocido un espectro amplio de factores de riesgo; los principales se ilustran en la figura 7. El diagrama incluye una gran variedad de factores. Para facilitar la navegación se han agrupado en áreas que abarcan factores de riesgo sistémicos, sociales, comunitarios, relacionales (conexión social con los familiares más cercanos y con amigos) e individuales que son reflejo de un modelo ecológico.

Es importante señalar en primer lugar que los factores de riesgo enumerados distan mucho de ser exhaustivos. Existen muchos otros que se pueden clasificar o catalogar de otro modo. La importancia de cada factor de riesgo y su clasificación dependerán de cada contexto. Esos factores pueden contribuir directamente a comportamientos suicidas, pero también pueden contribuir indirectamente al influir en la sensibilidad individual a los trastornos mentales. Sería erróneo hacer una distinción clara entre las áreas identificadas. Así como cada factor de riesgo individual se relaciona con otros, las áreas no se excluyen mutuamente. Es mucho más útil considerar que las áreas van de lo sistémico a lo individual. Algunos factores de riesgo específicos en realidad podrían ubicarse al mismo tiempo en más de una de las áreas. Por ejemplo, la pérdida de un trabajo o de apoyo financiero podría influir en una persona individualmente y podría conducir al deterioro de sus relaciones inmediatas, pero también podría asociarse a una recesión económica a nivel sistémico. Los grupos asignados ayudan a simplificar la totalidad de factores de riesgo existentes e identificar más fácilmente intervenciones pertinentes.

Intervenciones

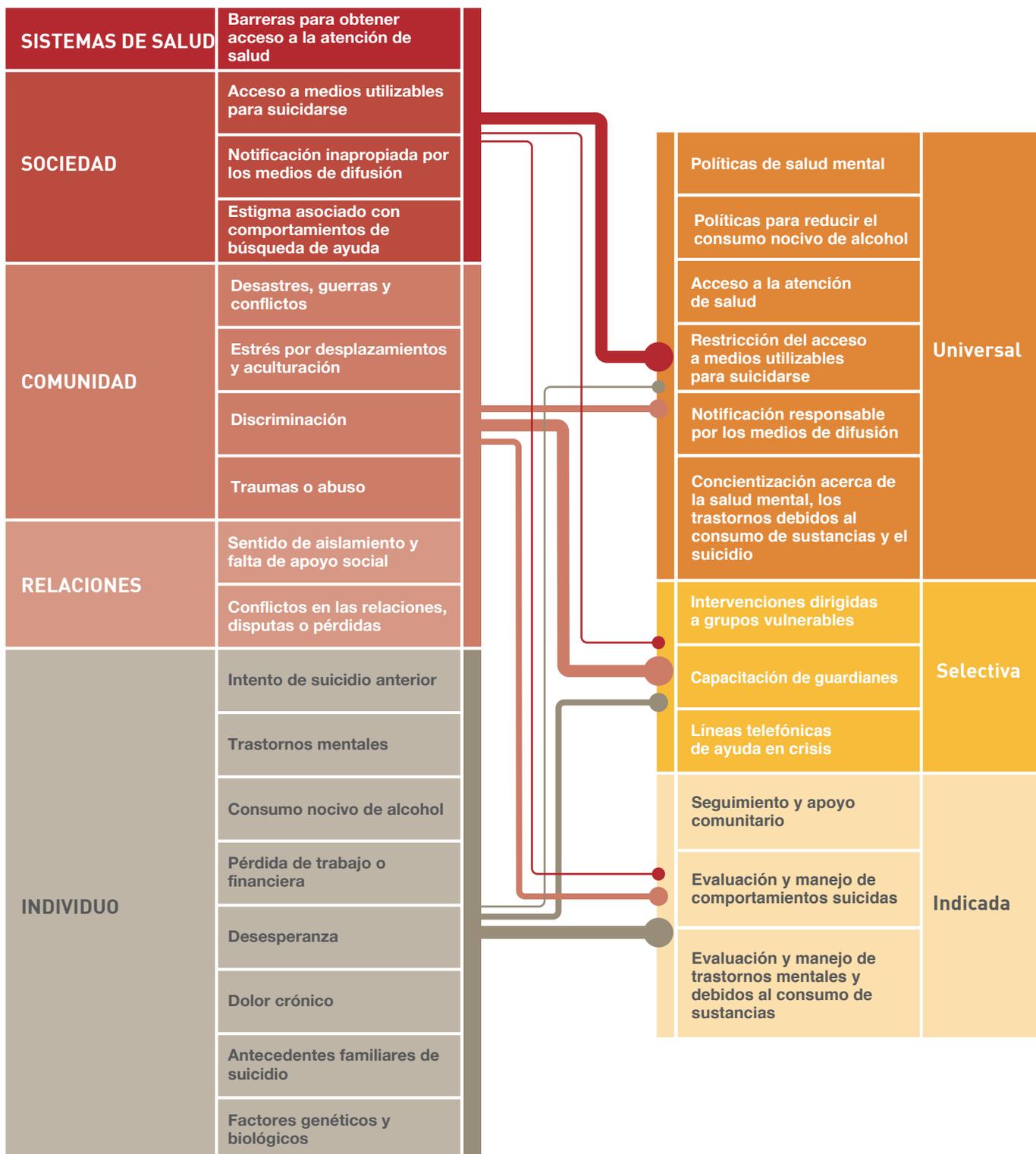
Las intervenciones de prevención del suicidio basadas en datos científicos se organizan en un marco teórico que distingue entre intervenciones universales, selectivas e indicadas (29, 30). En la figura 7 estas intervenciones se vinculan a los factores de riesgo correspondientes. Estos eslabonamientos no son finitos y en realidad deben ser contextualizados. Las intervenciones son de tres clases, a saber:

1. Las estrategias de prevención universales (Universal) están diseñadas para llegar a toda una población con la finalidad de potenciar al máximo la salud y reducir al mínimo el riesgo de suicidio al eliminar barreras a la atención y aumentar el acceso a la ayuda, fortalecer los procesos protectores como el apoyo social y modificar el entorno físico.
2. Las estrategias de prevención selectivas (Selectiva) se dirigen a grupos vulnerables de la población sobre la base de características como la edad, el sexo, la situación ocupacional o los antecedentes familiares. Algunos individuos pueden no manifestar comportamientos suicidas en el presente, pero pueden correr un elevado riesgo biológico, psicológico o socioeconómico.
3. Las estrategias de prevención indicadas (Indicada) se dirigen a determinados individuos vulnerables dentro de la población —por ejemplo quienes muestren señales prematuras de potencial suicida o quienes hayan hecho un intento de suicidio.

Dados los múltiples factores que intervienen en el comportamiento suicida y las numerosas vías conducentes al mismo, las actividades de prevención del suicidio requieren un enfoque multisectorial amplio que aborde los diversos grupos de población y de riesgo y sus contextos a lo largo de todo el ciclo de vida.

Figura 7. Principales factores de riesgo de suicidio alineados con las intervenciones pertinentes

(Las líneas reflejan la importancia relativa de las intervenciones en diferentes niveles para diferentes áreas de factores de riesgo)



Sistema de salud y factores sociales de riesgo

Los tabúes, el estigma, la vergüenza y la culpa oscurecen los comportamientos suicidas. Al abordarlos con dinamismo, los sistemas de salud y las sociedades que brindan apoyo pueden ayudar a prevenir el suicidio. A continuación se presentan algunos factores de riesgo fundamentales relacionados con las áreas de los sistemas de salud y la sociedad.

Barreras para obtener acceso a la atención de salud

El riesgo de suicidio aumenta significativamente con la comorbilidad, de manera que el acceso oportuno y eficaz a la atención de salud es esencial para reducir el riesgo de suicidio (37). Sin embargo, en muchos países los sistemas de salud son complejos o tienen recursos limitados; moverse dentro de esos sistemas es un reto para las personas con escasos conocimientos sobre la salud en general y sobre la salud mental en particular (38). El estigma asociado con la búsqueda de ayuda por intentos de suicidio y trastornos mentales acrecienta aun más las dificultades, conduciendo a un acceso inapropiado a la atención y a un mayor riesgo de suicidio.

Acceso a medios utilizables para suicidarse

El acceso a medios que permiten cometer un suicidio es un factor muy importante de riesgo de suicidio. El acceso directo a esos medios (incluidos plaguicidas, armas de fuego, alturas, vías de ferrocarril, venenos, medicamentos, fuentes de monóxido de carbono como gases de escape de automóviles o carbón vegetal y otros hipóxicos y gases tóxicos) o su proximidad aumentan el riesgo de suicidio. La disponibilidad y la preferencia de medios específicos que permiten cometer un suicidio también dependen de los contextos geográficos y culturales (39).

Notificación inapropiada por los medios de difusión y uso de redes sociales

Las prácticas inapropiadas de los medios de difusión pueden sensacionalizar y exaltar el suicidio y aumentar el riesgo de suicidios por imitación en las personas vulnerables. Las prácticas son inapropiadas cuando cubren gratuitamente suicidios de celebridades, informan sobre métodos infrecuentes de suicidio o conglomerados de suicidios, muestran imágenes o información acerca del método usado, o se refieren al suicidio como una respuesta aceptable a las crisis o la adversidad, como si fuera algo normal.

Se ha demostrado que la exposición a modelos de suicidio aumenta el riesgo de comportamientos suicidas en personas vulnerables (31, 32, 33). Hay una preocupación creciente por la función complementaria que desempeñan Internet y las redes sociales en la comunicación sobre suicidios. Internet es ahora una fuente muy importante de información acerca del suicidio y contiene sitios fácilmente accesibles que pueden ser inapropiados en su representación del suicidio (34). Algunos sitios de Internet y las redes sociales han contribuido tanto a incitar a comportamientos suicidas como a facilitarlos. Las personas privadas también pueden transmitir fácilmente por ambos medios actos suicidas e información sobre el suicidio no censurada y de fácil acceso.

Estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda

La estigmatización de la búsqueda de ayuda por comportamientos suicidas, problemas de salud mental o consumo de sustancias psicoactivas o por otros estresantes emocionales sigue existiendo en muchas sociedades y puede actuar como una barrera que impide que las personas reciban la ayuda que necesitan. La estigmatización también puede desanimar a los amigos y familiares de personas vulnerables y desalentarlos de que les ofrezcan el apoyo que quizá necesiten o incluso de que reconozcan su situación. El estigma desempeña una función clave en la resistencia al cambio y la implementación de las respuestas de prevención del suicidio.

Intervenciones pertinentes para el sistema de salud y factores sociales de riesgo

1. Políticas de salud mental

En el 2013, la OMS dio a conocer el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (1). Este plan integral alienta a los países a que trabajen en sus propias políticas de salud mental haciendo hincapié en cuatro objetivos clave, a saber:

1. Fortalecer el liderazgo eficaz y la gobernanza en pro de la salud mental.
2. Proporcionar servicios de salud mental y asistencia social integrales, integrados y receptivos en los entornos comunitarios.
3. Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental.
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y la investigación sobre salud mental.

En el plan de acción la tasa de suicidio es un indicador y su disminución es una meta.

2. Políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol

Las opciones e intervenciones de política para reducir el consumo nocivo de alcohol se han publicado en la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (35). Al mismo tiempo se presentan medidas como las siguientes para una prevención eficaz de los suicidios:

1. Liderazgo, concientización y compromiso.
2. Respuesta de los servicios de salud.
3. Acción de la comunidad.
4. Políticas sobre la conducción de vehículos en estado de ebriedad y contramedidas.
5. Disponibilidad del alcohol.
6. Comercialización de las bebidas alcohólicas.
7. Políticas de precios.
8. Reducción de las consecuencias negativas de beber alcohol y de la intoxicación alcohólica.
9. Reducción de la repercusión de salud pública del alcohol ilícito y del producido informalmente.
10. Supervisión y vigilancia.

En las poblaciones con una baja prevalencia de consumo excesivo de alcohol, estrategias como las de concientización se pueden aplicar mediante campañas por los medios de comunicación generales, actividades escolares de promoción de la salud o información dirigida a las personas vulnerables a través de profesionales de la salud (36). La cultura alcohólica de regiones específicas debe considerarse cuidadosamente antes de seleccionar las estrategias para conseguir que estas sean eficaces en ese contexto. Un sistema legal en funcionamiento es también un requisito previo para hacer cumplir estas estrategias eficazmente.

3. Acceso a la atención de salud

Un tratamiento adecuado, inmediato y accesible de los trastornos mentales y por uso de sustancias puede reducir el riesgo de comportamientos suicidas (37) (véase también el recuadro 6). La aplicación de políticas y prácticas de difusión de conocimientos sobre la salud en todos los sistemas e instituciones de salud, y especialmente en los centros de salud de la comunidad, es una manera muy importante de mejorar el acceso a los servicios de salud en general y a los de salud mental en particular. Las prácticas incluyen el envío de mensajes de texto claros a los usuarios de los servicios disponibles, la utilización apropiada del lenguaje por los proveedores de atención de salud, y vías más claras para conducir a los pacientes a través del sistema. En particular, los conocimientos sobre la salud mental deben estar incluidos en las estrategias y políticas de difusión de conocimientos sobre la salud (38).

4. Restricción del acceso a medios utilizables para suicidarse

A nivel mundial los medios más frecuentes para cometer suicidios son intoxicarse con plaguicidas, ahorcarse, disparar un arma de fuego o saltar desde cierta altura (39, 40). La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es eficaz para la prevención, sobre todo de los suicidios impulsivos, porque da más tiempo de reflexión a quienes contemplan el suicidio (41). Las estrategias de restricción de los medios se pueden aplicar a nivel nacional a través de leyes y reglamentos y a nivel local, por ejemplo, velando por la seguridad en los entornos de riesgo (42).

Las principales intervenciones de restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse incluyen las siguientes:

• Acceso a los plaguicidas

Los plaguicidas se utilizan en un tercio de los suicidios del mundo (8). El suicidio por ingestión intencional de plaguicidas se registra principalmente en zonas rurales de países de ingresos bajos y medianos de África, Centroamérica, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. Las medidas propuestas para prevenir el suicidio por plaguicidas comprenden las siguientes: ratificar, aplicar y hacer cumplir las convenciones internacionales pertinentes sobre productos químicos y desechos peligrosos; legislar para retirar localmente de la práctica agrícola los plaguicidas problemáticos; hacer cumplir los reglamentos sobre la venta de plaguicidas; reducir el acceso a los plaguicidas mediante su almacenamiento y eliminación más seguros por individuos y comunidades, y reducir la toxicidad de los plaguicidas (43, 44). Además, el manejo médico de quienes intentan el suicidio mediante ingestión de plaguicidas debe optimizarse. Puede encontrarse información específica en tres folletos de la OMS sobre la prevención del suicidio por ingestión de plaguicidas (27, 45, 46).

Intervenciones pertinentes para el sistema de salud y factores sociales de riesgo [continuación]

• Acceso a las armas de fuego

El suicidio por armas de fuego es un método sumamente letal utilizado en la mayoría de los suicidios cometidos en algunos países, como los Estados Unidos (47). Los datos disponibles muestran una estrecha correlación entre la proporción de familias que poseen armas de fuego y la proporción de los suicidios que se cometen con armas de fuego (48).

La legislación que restringe la propiedad de armas de fuego va asociada a una reducción de las tasas de suicidio con armas de fuego en muchos países, entre ellos Australia, Canadá, Nueva Zelandia, Noruega y el Reino Unido. La posible acción legislativa y reguladora para reducir el suicidio relacionado con armas de fuego abarca el fortalecimiento de la reglamentación sobre la disponibilidad de armas de fuego en las viviendas privadas y de los procedimientos para obtener licencias y registro; la limitación de la propiedad personal de armas de fuego a las pistolas y revólveres; la prolongación del período de espera para las compras; el cumplimiento de los requisitos de almacenamiento seguro; el establecimiento de una edad mínima para la compra de armas de fuego; y la investigación previa de antecedentes penales y psiquiátricos para la compra de armas de fuego. La educación de las comunidades sobre la reglamentación también es indispensable en los países donde las pistolas son un elemento familiar en la sociedad (49).

• Puentes, edificios y ferrocarriles

Un método frecuente de suicidio, debido a su accesibilidad fácil, es el cometido saltando y arrojándose de puentes, edificios altos o delante de trenes. Las intervenciones estructurales con miras a restringir el acceso son eficaces para prevenir los suicidios (50).

• Accesibilidad a gases tóxicos

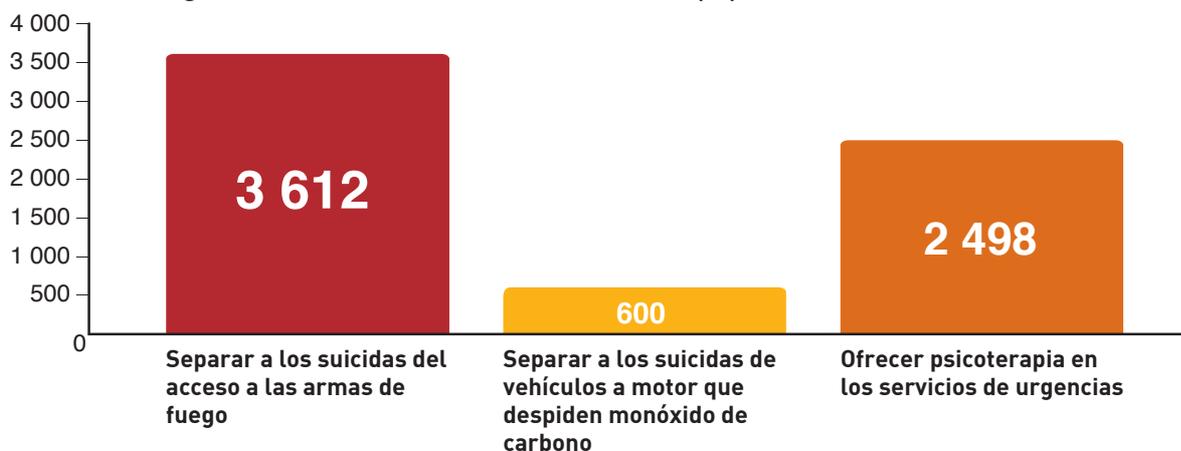
Históricamente, la intoxicación intencional por monóxido de carbono ha sido uno de los métodos más frecuentes de suicidio. Los cambios legislativos y pragmáticos realizados en el gas doméstico a nivel nacional y regional han reducido sustancialmente el suicidio con este método (51). El conjunto de los datos científicos indica que la reducción del poder letal del monóxido de carbono tiene un efecto directo sobre la reducción de las tasas generales de suicidio.

La intoxicación por inhalación del gas tóxico que emana del carbón vegetal encendido es un método reciente de suicidio que se ha convertido rápidamente en un método frecuente en algunos países asiáticos (9). En Hong Kong, Región Administrativa Especial de China, después de que los paquetes de carbón vegetal que antes se exhibían en estantes de fácil acceso pasaran a guardarse en un área controlada en los principales puntos de venta, los suicidios relacionados con carbón vegetal se han reducido significativamente (52).

• Acceso a agentes farmacológicos

En la mayoría de los países europeos, la intoxicación con medicamentos es el segundo o tercer método más frecuente de suicidio e intento de suicidio (53). La restricción del acceso y de la disponibilidad de los medicamentos que se usan generalmente para el suicidio ha demostrado ser una medida preventiva eficaz (54). Los proveedores de atención de salud pueden desempeñar una función decisiva si limitan la cantidad de medicación dispensada, informan a los pacientes y sus familias acerca de los riesgos del tratamiento con medicamentos, y subrayan la importancia de cumplir con las dosificaciones prescritas y eliminar debidamente los comprimidos sobrantes.

Figura 8. Muertes por suicidio evitadas mediante las intervenciones propuestas, que permiten prever una reducción del 20% en el número de muertes por suicidio en comparación con las registradas en el 2010 en los Estados Unidos (55)



La figura 8 muestra una combinación de tres abordajes cuya plena implementación permitiría salvar muchos miles de vidas solo en un año en los Estados Unidos. Sin embargo, es importante señalar que la cifra es resultado de la modelación de la ejecución óptima de unos pocos abordajes (55).

5. Información responsable por los medios de difusión

El trato responsable de la información sobre suicidios en los medios ha demostrado reducir las tasas de suicidio (40). Los principales aspectos de dicho trato son los siguientes: evitar las descripciones detalladas de actos suicidas, evitar el sensacionalismo y la exaltación, utilizar un lenguaje responsable, minimizar la prominencia de los informes de suicidio, evitar simplificaciones excesivas, educar al público acerca del suicidio y de los tratamientos disponibles y suministrar información sobre sitios donde se ofrece ayuda (56). La colaboración y la participación de los medios en el establecimiento y la difusión de prácticas responsables de información, así como en la capacitación al respecto, son también esenciales para mejorar cabalmente la notificación de suicidios y reducir la imitación de actos suicidas (57). Estas mejoras se consiguieron en Australia y Austria después de la participación activa de los medios en la difusión de las directrices sobre estas cuestiones (58).

Internet y las redes sociales pueden desempeñar un papel en una estrategia universal de prevención del suicidio. Algunos sitios en la web que promueven la salud mental ya están mostrando resultados prometedores al promover los comportamientos de búsqueda de ayuda, pero hay pocos datos científicos sobre su eficacia para prevenir suicidios (59). Los mejores ejemplos de estrategias de prevención en línea del suicidio son las charlas en línea con profesionales ofrecidas a personas suicidas, los programas de autoayuda y la terapia en línea (60). Un sitio de Internet del Reino Unido muestra videoclips de jóvenes que hablan sobre intentos de suicidio. Estos permiten que los jóvenes sientan empatía con otros en situaciones similares (61). Si no hay computadoras disponibles, algunas opciones son el envío de mensajes de texto y la utilización de las redes sociales a través de los dispositivos móviles para ofrecer apoyo individual y terapia.

6. Concientización acerca de la salud mental, los trastornos debidos al consumo de sustancias y el suicidio

Los trastornos mentales y la búsqueda de ayuda son objeto de estigmatización y actitudes negativas por parte del público. Las campañas de sensibilización (véanse también los recuadros 3 y 6) procuran reducir el estigma relacionado con los trastornos mentales y la búsqueda de ayuda relacionada con el suicidio y aumentar el acceso a la atención. Los datos científicos que vinculan las campañas de sensibilización a una reducción del suicidio son pocos, pero muestran una repercusión positiva sobre las actitudes de la comunidad aumentando las posibilidades de diálogo público sobre estos temas. Las campañas eficaces de sensibilización en materia de salud mental se centran en solo uno o dos trastornos y usan diferentes tipos de exposición (por ejemplo, televisión, prensa, Internet, redes sociales, carteles) para reforzar los mensajes, adaptarlos apropiadamente, combinar varias estrategias y organizar a nivel local programas dirigidos a poblaciones específicas (62, 63).

Recuadro 3.

Proyecto SEYLE: Saving and Empowering Young Lives in Europe

En el marco del proyecto SEYLE para salvar vidas de jóvenes y empoderarlos en Europa se estableció y se puso a prueba un programa múltiple de concientización en materia de salud mental de los jóvenes. Se trata de un programa preventivo ensayado en 11 países europeos con objeto de promover la salud mental de los adolescentes en escuelas europeas (64). Cada país realizó un ensayo comparativo aleatorizado que constaba de tres intervenciones activas y una intervención mínima que sirvió de testigo. Las intervenciones activas comprendían la capacitación de guardianes, un programa de concientización sobre salud mental y la detección

de adolescentes en riesgo por parte de profesionales (65).

Los adolescentes participantes en el programa de concientización en materia de salud mental, comparados con los participantes en la intervención mínima, tenían tasas significativamente menores de ideación suicida y de planes e intentos de suicidio graves al cabo de 12 meses. Para la puesta en práctica óptima de los programas de concientización es importante considerar la ayuda y el apoyo de los políticos locales, las escuelas, los docentes y otros interesados directos (66).

Factores de riesgo en la comunidad y las relaciones

Las comunidades en que viven las personas tienen una asociación importante con los factores de riesgo de suicidio. En todo el mundo, diferentes factores culturales, religiosos, legales e históricos han configurado la situación y la comprensión del suicidio, y se ha identificado en la comunidad una amplia gama de factores que influyen en el riesgo de suicidio. Las relaciones inmediatas de una persona con su familia, amigos íntimos y otras personas significativas también pueden repercutir sobre los comportamientos suicidas. Algunos de los factores fundamentales relacionados con estas áreas se describen a continuación.

Desastres, guerras y conflictos

Las experiencias en casos de desastres naturales, guerras y conflictos civiles pueden aumentar el riesgo de suicidio debido a las repercusiones destructivas que tienen en el bienestar social, la salud, la vivienda, el trabajo y la seguridad financiera. Paradójicamente, las tasas de suicidio pueden descender durante un desastre o conflicto e inmediatamente después, pero esto varía en diferentes grupos de personas. La disminución inmediata puede deberse a las necesidades emergentes de mayor cohesión social. En términos generales, no parece haber una tendencia clara de la mortalidad por suicidio después de desastres naturales, ya que en diferentes estudios se muestran diferentes características (67).

Estrés por desplazamientos y aculturación

El estrés por desplazamientos y aculturación representa un riesgo de suicidio significativo que repercute sobre varios grupos vulnerables, entre ellos pueblos indígenas, buscadores de asilo, refugiados, personas en centros de detención, personas desplazadas en su país y migrantes recién llegados.

El suicidio es frecuente entre los pueblos indígenas: los indígenas de los Estados Unidos, los integrantes de las "primeras naciones" y los inuit del Canadá, los aborígenes australianos y los maorí de Nueva Zelanda tienen tasas de suicidio mucho mayores que el resto de la población (68, 69), especialmente entre jóvenes, en particular hombres jóvenes, quienes constituyen uno de los grupos más vulnerables del mundo (70). El comportamiento suicida también aumenta en las comunidades de nativos y aborígenes que atraviesan una transición (71). Los grupos indígenas suelen experimentar violaciones de su autonomía territorial, política y económica, además de la negación de su cultura y su idioma. Estas circunstancias pueden generar sentimientos de depresión, aislamiento y discriminación, acompañados de resentimiento y desconfianza respecto de los servicios sociales y de salud afiliados al estado, especialmente si estos servicios no se ofrecen de maneras culturalmente apropiadas.

Discriminación

La discriminación contra subgrupos de la población puede ser continua, endémica y sistémica. Esto puede dar lugar a una continuidad de acontecimientos vitales estresantes, como pérdida de la libertad, rechazo, estigmatización y violencia, que pueden provocar comportamientos suicidas.

A continuación enumeramos algunos ejemplos en los que puede haber una asociación entre discriminación y suicidio:

- personas encarceladas o detenidas (72);
- personas identificadas como lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales o intersexuales (73);
- personas afectadas por intimidaciones, ciberintimidación o victimización por parte de compañeros (74);
- refugiados, buscadores de asilo y migrantes (75).

Traumas psicológicos o abuso

Los traumas psicológicos y el abuso aumentan el estrés emocional y pueden desencadenar depresión y comportamientos suicidas en las personas vulnerables. Los factores psicosociales estresantes asociados con el suicidio pueden provenir de diferentes tipos de traumas (como los causados por la tortura, en particular entre buscadores de asilo y refugiados), crisis disciplinarias o legales, problemas financieros, problemas académicos o laborales e intimidación (76). Además, los jóvenes que han experimentado adversidad familiar y en la niñez (violencia física, abuso sexual o maltrato emocional, descuido, maltrato, violencia familiar, separación o divorcio de los padres, asistencia social o institucional) corren un riesgo de suicidio mucho mayor que otros (77). Los efectos de los factores adversos presentes en la niñez tienden a estar interrelacionados y correlacionados y a actuar acumulativamente aumentando los riesgos de trastornos mentales y suicidio (78).

Sentido de aislamiento y falta de apoyo social

El aislamiento se presenta cuando una persona se siente desconectada de su círculo social más próximo: asociados, familiares, compañeros, amigos y otras personas significativas. El aislamiento a menudo se acompaña de depresión y sentimientos de soledad y desesperación. Una persona puede sentir aislamiento cuando atraviesa un evento vital negativo u otro estrés psicológico y no logra compartirlo con alguien cercano. Sumado a otros factores, puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas, en particular entre personas de tercera edad que viven solas, pues el aislamiento social y la soledad son importantes factores contribuyentes al suicidio (71).

El comportamiento suicida a menudo ocurre en respuesta al estrés psicológico personal en un contexto social en el que faltan las fuentes de apoyo y que puede reflejar una ausencia aun mayor de bienestar y cohesión. La cohesión social

es un tejido que une a los integrantes de una sociedad — individuos, familias, escuelas, vecindarios, comunidades locales, grupos culturales— en múltiples niveles, así como a la sociedad en su conjunto. Quienes comparten relaciones estrechas, duraderas y personales, y valores, normalmente tienen un propósito y un sentimiento de seguridad y conexión (134, 135).

Conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas

Los conflictos en las relaciones (por ejemplo, separaciones), las disputas (por ejemplo, controversias sobre la custodia de los hijos) o las pérdidas (por ejemplo, la muerte de una pareja) pueden causar aflicción y estrés psicológico coyuntural y se asocian con un mayor riesgo de suicidio (79). Las relaciones insalubres también pueden ser un factor de riesgo. La violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual, es frecuente y a menudo la comete un compañero íntimo. La violencia infligida por el compañero íntimo está asociada con un aumento de los intentos de suicidio y del riesgo de suicidio. A nivel mundial, el 35% de las mujeres han experimentado violencia física o sexual por parte de un compañero íntimo o violencia sexual infligida por alguien que no era su pareja (80, 81).

Intervenciones pertinentes para mitigar factores de riesgo en la comunidad y las relaciones

1. Intervenciones dirigidas a grupos vulnerables

Varios grupos vulnerables (véanse también los recuadros 4 y 6) han sido identificados como de mayor riesgo de suicidio. Si bien falta una evaluación rigurosa, a continuación enumeramos algunos ejemplos de intervenciones dirigidas a esos grupos.

- **Personas que han experimentado abuso, traumas, conflictos o desastres:** Sobre la base de los datos científicos procedentes de estudios que han investigado estas relaciones, las intervenciones deben estar dirigidas a grupos muy vulnerables con posterioridad a conflictos o desastres naturales graves. Las instancias normativas deben promover la preservación de los lazos sociales existentes en las comunidades afectadas (82, 83).
- **Refugiados y migrantes:** Los factores de riesgo varían según los grupos, de manera que puede ser más eficaz realizar intervenciones adaptadas a grupos culturales específicos en lugar de tratar a todos los inmigrantes como si fueran iguales (84).
- **Pueblos indígenas:** Un examen de las estrategias de intervención implementadas en Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos concluyó que las iniciativas de prevención desplegadas en las comunidades, la capacitación de guardianes (véase más abajo) y las intervenciones educativas culturalmente adaptadas resultaron eficaces para reducir sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad al suicidio. Muy eficaces resultaron las intervenciones con altos niveles de control local y participación de la comunidad indígena para conseguir que las actividades fueran culturalmente pertinentes (85).
- **Prisioneros:** Un examen de los factores de riesgo entre prisioneros de Australia, Europa, Nueva Zelanda y los Estados Unidos indicó que las intervenciones de prevención deben procurar mejorar la salud mental, reducir el abuso de alcohol y de sustancias psicotrópicas y evitar colocar a las personas vulnerables en situación de aislamiento. Todos los reclusos también deben someterse a tamizaje para detectar comportamientos suicidas actuales o pasados (86).
- **Lesbianas, homosexuales, bisexuales, transexuales e intersexuales:** Los esfuerzos para reducir el riesgo de suicidio entre estas personas deben centrarse en abordar factores de riesgo tales como trastornos mentales, consumo de sustancias psicoactivas, estigmatización, prejuicios y discriminación individual e institucional (87).
- **Apoyo a los deudos y otros afectados por suicidio:** Se despliegan actividades de intervención para los deudos y otros afectados por suicidios a fin de apoyar el proceso de duelo y reducir la posibilidad de imitación del comportamiento suicida. Pueden comprender intervenciones centradas en la familia, la escuela o la comunidad. Las actividades dirigidas a los familiares y amigos después de un suicidio han dado lugar a un mayor uso de grupos de apoyo y grupos de apoyo al duelo y una mitigación de efectos emocionales inmediatos como depresión, ansiedad y desesperación (88).

Recuadro 4.

Intervenciones entre militares y veteranos

Hay datos científicos crecientes según los cuales algunas poblaciones de militares y veteranos corren mayor riesgo de suicidio (89). En estudios epidemiológicos como el realizado en el Ejército de los Estados Unidos para evaluar los riesgos y la capacidad de recuperación entre los miembros en servicio (Army STARRS) se han identificado varios factores, entre ellos un diagnóstico de enfermedad mental, el rango y el género (90, 91), que aumentan el riesgo de suicidio entre militares en servicio y aquellos con antecedentes militares.

En el 2007, el Departamento de asuntos relacionados con los veteranos de los EUA (Department of Veterans Affairs) estableció una línea telefónica nacional gratuita de asistencia urgente a militares veteranos de los Estados Unidos y sus familias (Veterans Crisis Line). En el 2009, el servicio de líneas de crisis se extendió para abarcar más ampliamente a la comunidad militar.

En los últimos años, el Departamento de asuntos relacionados con los veteranos y el Departamento de Defensa de los Estados Unidos han destinado considerables recursos para identificar las características asociadas con un mayor riesgo de suicidio y con intervenciones diseñadas para

reducir ese riesgo en las poblaciones vulnerables. Se han identificado varios factores asociados con un mayor riesgo de suicidio, así como estrategias para identificar a quienes corren ese riesgo y ayudarlos. Algunos ejemplos de estas actividades comprenden estrategias para mejorar el manejo de casos, promover la capacidad de recuperación, fomentar el apoyo de compañeros y proceder a una planificación conducida por el paciente y diseñada para aumentar la seguridad fuera de los entornos clínicos.

Algunas actividades en curso están encaminadas a identificar características individuales y de la población asociadas con un mayor riesgo de suicidio, riesgo que puede ser más prevalente entre quienes se presentan como voluntarios para el servicio militar en los Estados Unidos, encontrar métodos para conseguir que las personas en riesgo reciban un tratamiento de los trastornos subyacentes basado en datos científicos, y manejar los períodos de aumento del riesgo —en particular cuando están asociados con períodos de transición (92).

2. Capacitación de guardianes

Los individuos en riesgo de suicidio rara vez piden ayuda. No obstante, pueden presentar factores de riesgo y comportamientos que los identifican como vulnerables. Un “guardián” es todo aquel que está en condiciones de identificar si alguien puede estar contemplando el suicidio. Los principales guardianes potenciales son (93):

- proveedores de servicios de salud primarios, de salud mental y de urgencias;
- docentes y otro personal escolar;
- líderes comunitarios;
- oficiales de policía, bomberos y otros que son los primeros en responder;
- oficiales militares;
- trabajadores de bienestar social;
- líderes religiosos y espirituales o curanderos tradicionales;
- personal y gerentes de recursos humanos.

Los programas de capacitación de guardianes procuran desarrollar los conocimientos, actitudes y aptitudes de los

participantes para que puedan identificar a las personas en riesgo, determinar el nivel de riesgo, y luego derivar a esas personas para que reciban tratamiento (véase también el recuadro 6). El contenido de la capacitación debe ser culturalmente pertinente e incluir información local acerca de la posibilidad de acceso a la atención de salud. Los programas que han mostrado resultados prometedores han sido los adaptados a poblaciones específicas, como los grupos indígenas (85). Los estudios revelan que de 25% a 50% de las mujeres con comportamientos suicidas habían consultado a un proveedor de servicios de salud dentro de las cuatro semanas precedentes; por consiguiente, la capacitación de guardianes brinda una oportunidad de comenzar las intervenciones con estos individuos (94).

La capacitación de guardianes es una práctica óptima, pero hasta el presente no se ha establecido una asociación concluyente con la reducción de las tasas de suicidio o de intentos de suicidio (95). Véase también en el recuadro 5 un programa dirigido a los guardianes y su salud.

Recuadro 5.

Un programa eficaz de prevención del suicidio en el lugar de trabajo

Un programa integral polifacético de prevención del suicidio entre policías de Montreal, Canadá, dio lugar a una disminución significativa del 79% en las tasas de suicidio entre policías de Montreal. El programa consistía en medio día de capacitación sobre el suicidio para todos los oficiales de policía, centrándose en la identificación de riesgos y la manera de ayudar. Los supervisores y los representantes sindicales recibieron un día completo de capacitación sobre la evaluación de riesgos y la ayuda. Se estableció una línea telefónica de ayuda policial voluntaria a cargo de

oficiales especialmente capacitados y se lanzó una campaña publicitaria sobre los recursos disponibles para la ayuda y sobre la importancia de colaborar en la prevención del suicidio (96).

Los programas integrales de prevención del suicidio adaptados a la cultura del entorno laboral pueden ser eficaces para mejorar las actitudes, conocimientos y comportamientos y pueden reducir significativamente las tasas de suicidio.

3. Líneas telefónicas de ayuda en caso de crisis

Las líneas telefónicas de ayuda en caso de crisis son centros públicos de llamadas a los cuales pueden acudir quienes no tienen o no quieren otro apoyo social o atención profesional. Las líneas telefónicas de ayuda pueden atender a la población en general o a ciertos grupos vulnerables. Esto último puede ser ventajoso si el apoyo de compañeros puede ser útil.

En los Estados Unidos las líneas telefónicas de ayuda han demostrado ser eficaces para acoger a personas con serias

intenciones suicidas y reducir su riesgo de suicidio durante la sesión de llamada y semanas posteriores (97). Un estudio de los servicios de ayuda telefónica y en charla en línea en Bélgica indica que estas estrategias quizá sean también eficaces en función de los costos para prevenir suicidios (98). Las líneas telefónicas de ayuda han resultado ser prácticas óptimas útiles muy extendidas. Sin embargo, a pesar de reducir el riesgo de suicidio, la falta de evaluación significa que no se ha establecido ninguna asociación concluyente con la reducción de las tasas de suicidio.

Factores individuales de riesgo

El riesgo de suicidio puede verse afectado por la vulnerabilidad individual o la capacidad de recuperación. Los factores individuales de riesgo se relacionan con la probabilidad de que una persona tenga comportamientos suicidas.

Intento de suicidio anterior

Con mucho, el indicador más firme de riesgo de suicidio en el futuro es haber tenido ya uno o más intentos de suicidio (99). Aun un año después de un intento de suicidio, el riesgo de suicidio y de defunción prematura por otras causas permanece alto (100).

Trastornos mentales

En los países de ingresos altos hasta el 90% de quienes se suicidan tienen trastornos mentales (101), y el 10% restante, que no tiene un diagnóstico claro, presenta síntomas psiquiátricos semejantes a los de quienes se suicidan. Sin embargo, los trastornos mentales parecen ser menos prevalentes entre quienes se suicidan (alrededor de 60%) en algunos países asiáticos, como muestran estudios realizados en China y la India (12, 102).

Este factor de riesgo debe abordarse con cuidado. La depresión, los trastornos debidos al consumo de sustancias y los comportamientos antisociales son relativamente frecuentes y la mayoría de las personas que sufren de ellos no mostrarán comportamientos suicidas. Sin embargo, quienes se suicidan o intentan suicidarse pueden tener una comorbilidad psiquiátrica significativa. El riesgo de suicidio varía con el tipo de trastorno, y los trastornos más frecuentemente asociados con el comportamiento suicida son la depresión y los trastornos debidos al consumo de alcohol. Se calcula que el riesgo de suicidio para toda la vida es de un 4% entre los pacientes con trastornos del estado de ánimo (103), de un 7% entre las personas con dependencia del alcohol (104), de un 8% entre las personas con trastorno bipolar (105, 106) y de un 5% entre las personas con esquizofrenia (107). Es importante señalar que el riesgo de comportamientos suicidas aumenta con la comorbilidad; las personas con más de un trastorno mental tienen riesgos significativamente mayores (101).

Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias

Todos los trastornos debidos al consumo de sustancias aumentan el riesgo de suicidio (108). Los trastornos debidos al consumo de alcohol u otras sustancias acompañan entre un 25% y un 50% de los suicidios (104), y el riesgo de suicidio aumenta si el uso de alcohol u otras sustancias va acompañado de otros trastornos psiquiátricos. Un 22% de las muertes por suicidio puede atribuirse al uso de alcohol, lo cual significa que uno de cada cinco suicidios no ocurriría si la población no consumiera alcohol (109). La dependencia de otras sustancias, como el cannabis, la heroína o la nicotina, también es un factor de riesgo de suicidio (110).

Pérdidas de trabajo o financieras

La pérdida de trabajo, la ejecución de una hipoteca o la incertidumbre financiera aumentan el riesgo de suicidio por comorbilidad con otros factores de riesgo, como depresión, ansiedad, violencia y consumo nocivo de alcohol (111). En consecuencia, las recesiones económicas, puesto que se relacionan con situaciones personales de adversidad por la pérdida de trabajo o pérdidas financieras, pueden ir asociadas a un riesgo individual de suicidio (112).

Desesperanza

La desesperanza, como aspecto cognitivo del funcionamiento psíquico, a menudo se ha usado como un indicador del riesgo de suicidio si va asociada a trastornos mentales o intentos de suicidio previos (113). Los tres aspectos principales de la desesperanza se relacionan con los sentimientos de una persona acerca del futuro y la pérdida de motivación y expectativas. La desesperanza a menudo se puede reconocer por la presencia de pensamientos tales como “las cosas nunca mejorarán” o “no veo que las cosas mejoren”, y en la mayoría de los casos va acompañada de depresión (114).

Dolor crónico y enfermedades

El dolor crónico y las enfermedades son importantes factores de riesgo de comportamientos suicidas. Entre quienes padecen dolores crónicos se registran de 2 a 3 veces más comportamientos suicidas que en la población general (115). Todas las enfermedades acompañadas de dolor, discapacidad física, deficiencia del desarrollo nervioso y angustia aumentan el riesgo de suicidio (116), por ejemplo el cáncer, la diabetes y la infección por VIH/sida.

Antecedentes familiares de suicidio

El suicidio de un familiar o un miembro de la comunidad puede ejercer una influencia particularmente perturbadora en la vida de una persona. Perder así a alguien cercano es devastador para la mayoría de las personas; además de aflicción, la índole de la muerte puede causar estrés, culpa, vergüenza, ira, ansiedad y angustia a los familiares y otros seres queridos. La dinámica familiar puede cambiar, las fuentes habituales de apoyo pueden quebrarse y el estigma puede obstaculizar la búsqueda de ayuda e inhibir a otros de ofrecer apoyo (117). El suicidio de un familiar u otro ser querido puede bajar el umbral de suicidio de quien está de duelo (118). Por todas estas razones, los familiares del suicida y otros afectados tienen ellos mismos un mayor riesgo de suicidio o de un trastorno mental (119).

Factores genéticos y biológicos

Algunas alteraciones genéticas o del desarrollo de varios sistemas neurobiológicos están asociadas con comportamientos suicidas. Por ejemplo, bajos niveles de serotonina están asociados con graves intentos de suicidio

en pacientes con trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia y trastornos de la personalidad. Los antecedentes familiares de suicidio son un fuerte factor de riesgo de suicidio e intento de suicidio (120).

Intervenciones pertinentes para factores individuales de riesgo

1. Seguimiento y apoyo comunitario

Los pacientes recientemente dados de alta a menudo carecen de apoyo social y pueden sentirse aislados sin la atención que antes recibían. El seguimiento y el apoyo comunitario han sido eficaces para reducir los suicidios y los intentos de suicidio entre los pacientes recientemente dados de alta (121). Los seguimientos repetidos son una intervención de bajo costo recomendada que es fácil de ejecutar; el personal de tratamiento existente, incluido el personal de salud capacitado no especializado, puede ejecutar la intervención y requerir pocos recursos para hacerlo (122). Esto es particularmente útil en los países de ingresos bajos y medianos. La intervención puede incluir la utilización de tarjetas postales, llamadas por teléfono o breves visitas (informales o formales) en persona para establecer contacto y promover el contacto continuo (123, 124). Es importante conseguir el apoyo de la comunidad, con la participación de familiares, amigos, colegas, centros de crisis o centros de salud mental locales en la asistencia posterior al tratamiento porque estos pueden supervisar regularmente a las personas y promover la adhesión al tratamiento (122).

2. Evaluación y manejo de comportamientos suicidas

Es importante establecer estrategias eficaces para la evaluación y el manejo de los comportamientos suicidas. La guía de intervención mhGAP de la OMS recomienda evaluar integralmente a todo aquel que se presente con ideas, planes o actos de lesión autoinfligida o suicidio. La guía también recomienda que a toda persona de más de 10 años de edad que tenga alguna de las otras condiciones prioritarias, dolor crónico o alteraciones emocionales agudas se le pregunte acerca de sus pensamientos, planes o actos de lesión autoinfligida o suicidio. (122). Se debe llevar a cabo una evaluación cuidadosa mediante entrevistas clínicas, evaluación que se debe corroborar con información colateral (125).

Se necesita educación y capacitación del personal de salud, haciendo hincapié en el personal de atención de urgencia, para asegurar que se proporcione apoyo psicosocial a los necesitados y que haya un seguimiento sistemático y apoyo de las comunidades. Además de contribuir al manejo de los factores individuales de riesgo, la evaluación y el manejo de los comportamientos suicidas también abordan los factores de riesgo en las relaciones.

3. Evaluación y manejo de trastornos mentales y por uso de sustancias

Capacitar al personal de salud sobre la evaluación y el manejo de trastornos mentales y por uso de sustancias es decisivo para avanzar hacia la prevención del suicidio. Un gran número de quienes se suicidan han tenido contacto con proveedores de atención primaria de salud dentro del mes anterior al suicidio (126). Adiestrar a los trabajadores de atención primaria de salud para que reconozcan la depresión y otros trastornos mentales y por uso de sustancias y realizar evaluaciones detalladas del riesgo de suicidio son importantes para prevenirlo. La capacitación debe ser continua o reiterada a lo largo de los años y debe incluir a la mayoría del personal de salud de una región o país (42). Es importante considerar los factores de riesgo locales y adaptar en consecuencia el programa de capacitación para que dé buenos resultados en los diversos países y culturas.

La Guía de Intervención mhGAP, de la OMS, dirigida principalmente a la capacitación del personal de salud no especializado, formula orientaciones sobre la evaluación y el tratamiento de las siguientes afecciones prioritarias: depresión, psicosis, epilepsia o crisis convulsivas, trastornos del desarrollo, trastornos de conducta, demencia, trastornos debidos al consumo de alcohol, trastornos por consumo de drogas y lesión autoinfligida o comportamiento suicida (122).

Es importante, sin embargo, considerar el hecho de que los factores que se relacionan con la escasa capacidad del personal de salud para la evaluación y el manejo son múltiples, a saber: falta de conocimientos y experiencia en salud mental, estigmatización, falta de cooperación con los psiquiatras y aptitudes deficientes para hacer entrevistas. Por consiguiente, abordar estos temas, por ejemplo mediante programas de educación y capacitación, puede ser importante para mejorar la evaluación y el manejo.

Recuadro 6.

Intervenciones con componentes múltiples

El suicidio tiene múltiples causas y vías. Las intervenciones que contienen más de una estrategia de prevención quizá sean por consiguiente particularmente útiles para prevenir el suicidio. En efecto, la investigación indica que las estrategias programáticas con componentes múltiples están asociadas con reducciones eficaces de las tasas de suicidio.

Por ejemplo, el programa de la Fuerza Aérea de los Estados Unidos consistente en 11 componentes de atención comunitaria y de salud, con rendición de cuentas y protocolos, demostró ser sumamente eficaz para prevenir los suicidios en la Fuerza Aérea (127).

Un programa con componentes múltiples que apunta a los trastornos depresivos en Nüremberg, Alemania, redujo significativamente las tasas de suicidio y de intentos de suicidio (128). El programa constaba de cuatro intervenciones diferentes, a saber: una campaña de relaciones públicas dirigida al público en general; la capacitación de facilitadores de la comunidad, entre ellos docentes, periodistas y policías; la capacitación de los médicos generales; y apoyo a los pacientes y sus familiares. Esta intervención polifacética ahora ha sido aplicada por la Alianza Europea contra la Depresión, que comprende a asociados de 17 países (129).

Las intervenciones con componentes múltiples para las personas de alto riesgo también parecen ser eficaces. En un estudio del Reino Unido se examinó el efecto de nueve componentes de la reforma de los servicios de salud en los resultados relacionados con el suicidio (130); se observaron mayores reducciones de las tasas de suicidio donde se habían implantado más reformas de los servicios. Tres programas estaban en particular asociados con las reducciones de las tasas de suicidio: un servicio de respuesta a las crisis abierto las 24 horas, políticas de diagnóstico duales y la realización de un examen multidisciplinario después de una muerte por suicidio. Estos estudios demuestran conjuntamente que puede haber efectos aditivos y sinérgicos de integrar múltiples intervenciones.

Mitos acerca del suicidio

Mito

~~El suicida está decidido a morir.~~

Hecho

Por el contrario, los suicidas suelen ser ambivalentes acerca de la vida o la muerte. Alguien puede actuar impulsivamente al beber plaguicidas, por ejemplo, y morir unos pocos días después, aunque hubiera preferido seguir viviendo. El acceso al apoyo emocional en el momento propicio puede prevenir el suicidio.

¿Qué protege a las personas de los riesgos de suicidio?

En contraposición a los factores de riesgo, hay factores que protegen a las personas contra el riesgo de suicidio. Muchas intervenciones de prevención del suicidio se orientan hacia la reducción de los factores de riesgo, pero es igualmente importante considerar y fortalecer los factores que han demostrado aumentar la capacidad de recuperación y conexión y protegen contra el comportamiento suicida. La capacidad de recuperación tiene un efecto amortiguador sobre el riesgo de suicidio: en las personas con gran capacidad de recuperación disminuye la asociación entre el riesgo de suicidio y el comportamiento suicida (131). Algunos factores protectores contrarrestan factores de riesgo específicos mientras que otros protegen contra diferentes factores de riesgo de suicidio.

Sólidas relaciones personales

El riesgo de comportamientos suicidas aumenta cuando las personas sufren pérdidas, disputas o conflictos en sus relaciones. Por el contrario, el cultivo y el mantenimiento de relaciones estrechas sanas pueden aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como un factor protector contra el riesgo de suicidio. El círculo social más cercano de una persona, es decir la pareja, los familiares, compañeros, amigos y otros, puede tener gran influencia y ser propicio en épocas de crisis. Los amigos y familiares pueden ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero y pueden amortiguar la repercusión de factores externos estresantes. En particular, la capacidad de recuperación resultante de este apoyo mitiga el riesgo de suicidio asociado con traumas de la niñez (51). Las relaciones son especialmente protectoras para los adolescentes y los ancianos, que tienen un grado más alto de dependencia.

Creencias religiosas o espirituales

Cuando se consideran las creencias religiosas o espirituales y su protección contra el suicidio, es importante ser cautelosos. La fe misma puede ser un factor protector al proporcionar normalmente un sistema estructurado de creencias y promover un comportamiento que puede considerarse física y mentalmente beneficioso (132). Sin embargo, muchas creencias y comportamientos religiosos y culturales también pueden haber contribuido al estigma relacionado con el suicidio debido a sus posturas morales al respecto, que pueden desalentar la búsqueda de ayuda. El valor protector de la religión y la espiritualidad puede surgir del acceso a una comunidad socialmente cohesiva y propicia con un conjunto compartido de valores. Muchos grupos religiosos también prohíben factores de riesgo de suicidio tales como el consumo de alcohol. Sin embargo, las prácticas sociales de ciertas religiones también han promovido la autoinmolación por incendio en grupos específicos, como las mujeres de Asia Meridional que han perdido a sus esposos (133). Por consiguiente, si bien las

creencias religiosas y espirituales pueden ofrecer alguna protección contra el suicidio, esto depende de prácticas e interpretaciones contextuales y culturales específicas.

Estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida

Las estrategias personales eficaces de bienestar subjetivo y de afrontamiento positivo protegen contra el suicidio (134). El bienestar se relaciona en parte con rasgos de personalidad que determinan la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación frente al estrés y a los traumas. La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida. Una buena autoestima, la competencia personal y la capacidad de resolver problemas, que incluye la capacidad para buscar ayuda cuando sea necesario, pueden mitigar la repercusión de los factores estresantes y de las adversidades de la niñez (135). La voluntad de buscar ayuda para abordar problemas de salud mental en particular puede estar determinada por actitudes personales. Algunos trastornos mentales están ampliamente estigmatizados, razón por la cual algunas personas (especialmente hombres) pueden ser renuentes a buscar ayuda. Quienes tienen poca probabilidad de buscar ayuda pueden agravar sus problemas de salud mental, aumentando un riesgo de suicidio que de otro modo podría haberse prevenido eficazmente con una intervención temprana. Los modos de vida saludables que promueven el bienestar mental y físico comprenden ejercicios físicos frecuentes y deportes, alimentación y sueño adecuados, la consideración de la repercusión del alcohol y las drogas sobre la salud, relaciones y contacto social sanos y un manejo eficaz del estrés (136, 137).

El uso de los “enfoques anticipatorios”, como abordar los factores de riesgo y de protección tempranamente en la vida, permite con el transcurso del tiempo “desplazar las probabilidades a favor de los resultados más adaptativos”. Además, los enfoques anticipatorios pueden repercutir simultáneamente en una amplia gama de resultados de salud y sociales como el suicidio, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia y la delincuencia (138) (véase el recuadro 7).

Recuadro 7.

Enfoques anticipatorios de prevención teóricamente válidos

La adversidad en la niñez (por ejemplo, el maltrato infantil, la exposición a violencia doméstica, trastornos mentales de los padres) y otros factores de riesgo que aparecen tempranamente en la vida (por ejemplo, intimidación, delincuencia) se han vinculado a morbilidad y mortalidad posteriores, incluso el suicidio (139). De manera análoga, los factores protectores (por ejemplo, la capacidad de establecer una conexión social) adquiridos en la niñez pueden reducir el riesgo posterior de suicidio. Aunque existen estrategias anticipatorias eficaces, en gran parte no han sido evaluadas con respecto a su repercusión sobre el suicidio y el intento de suicidio; sin embargo, son teóricamente válidas y proporcionan orientaciones prometedoras para la prevención y la evaluación futuras de los suicidios.

Algunos ejemplos de estrategias anticipatorias son los siguientes:

- Visitas a domicilio de personal capacitado (por ejemplo, personal de enfermería) a las embarazadas y madres recientes de ingresos bajos para proporcionar educación sobre la primera infancia (140, 141).
- Programas de tutoría para mejorar la conexión entre jóvenes vulnerables y adultos que puedan brindar apoyo, estables y con vocación de cuidado (142).
- Sistemas comunitarios de prevención que faculten a toda una comunidad para que aborde la salud de los adolescentes y sus problemas de comportamiento mediante un proceso colaborativo de participación (143).
- Programas escolares de prevención de la violencia y de desarrollo de habilidades, con la participación de maestros y otro personal docente, alumnos y padres en el fomento de la responsabilidad social y de aptitudes sociales y emocionales (por ejemplo, para hacer frente a situaciones, resolver problemas, pedir ayuda) (144).

La situación actual en materia de prevención del suicidio

Mitos acerca del suicidio

Mito

**Quien haya sido suicida alguna vez,
nunca dejará de serlo.**

Hecho

El mayor riesgo de suicidio suele ser de corto plazo y específico según la situación. Aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes, y quien haya tenido pensamientos e intentos suicidas puede llevar después una larga vida.

El suicidio es un importante problema mundial de salud pública, pero es prevenible. Es indispensable que más gobiernos —a través de sus sectores sanitario, social y otros pertinentes— invierta recursos humanos y económicos en la prevención del suicidio (145). Los ministerios de salud desempeñan una función central en los esfuerzos de los gobiernos para reducir los suicidios. Sin embargo, la reducción del suicidio a nivel nacional debe ser un esfuerzo multisectorial para resultar eficaz. Por lo tanto, los ministerios de salud tienen la responsabilidad de liderar la participación de otros ministerios, así como de interesados directos más allá del gobierno, como parte de un esfuerzo nacional integral.

Lo que se sabe y lo que se ha logrado

El conocimiento acerca del comportamiento suicida ha crecido enormemente en las últimas décadas. Cabe examinar algunos logros en la investigación, las políticas y la práctica relacionadas con el suicidio.

Logros de la investigación

1. Reconocimiento de la multicausalidad: La interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas está bien reconocida. La contribución de la comorbilidad (por ejemplo, trastornos del estado de ánimo y debidos al consumo de alcohol) para aumentar el riesgo de suicidio es bien conocida por los investigadores y los médicos.

2. Identificación de los factores de riesgo y de protección: Muchos factores de riesgo y de protección frente a los comportamientos suicidas se han identificado mediante la investigación epidemiológica tanto en la población general como en los grupos vulnerables (146). Ha aumentado el conocimiento de factores psicológicos y de varios mecanismos cognitivos relacionados con el comportamiento suicida, como sentimientos de desesperanza, rigidez cognitiva, sentimientos de atrapamiento, deterioro de la capacidad de decisión, impulsividad, y ha aumentado también el conocimiento de la función protectora del apoyo social y de las buenas aptitudes de afrontamiento.

3. Reconocimiento de las diferencias culturales: La variabilidad cultural se ha hecho patente entre los factores de riesgo de suicidio. Esto es especialmente evidente en países como China (12) y la India (13), donde los trastornos mentales desempeñan un papel menos importante. Hay un creciente reconocimiento de que algunos factores psicosociales y culturales o tradicionales pueden desempeñar un papel muy importante en el suicidio. Sin embargo, la cultura también puede ser un factor protector; por ejemplo, la continuidad cultural (es decir, la preservación de

identidades tradicionales) es un factor protector importante en los "pueblos originarios" y otras comunidades autóctonas de América del Norte (147).

Logros de las políticas

1. Estrategias nacionales de prevención del suicidio: En las últimas décadas, y en particular desde el 2000, se han desarrollado varias estrategias nacionales de prevención del suicidio. En 28 países se aplican estrategias nacionales que demuestran un compromiso con la prevención del suicidio.

2. Día Mundial para la Prevención del Suicidio: El reconocimiento internacional del suicidio como importante problema de salud pública culminó en el establecimiento del Día Mundial para la Prevención del Suicidio el 10 de septiembre del 2003. Este día —celebrado en la misma fecha cada año— es organizado por la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) y copatrocinado por la OMS. Este día ha promovido campañas nacionales y locales y ha contribuido a concientizar y a reducir la estigmatización en todo el mundo.

3. La educación acerca del suicidio y su prevención: A nivel académico se han creado muchas unidades de investigación sobre el suicidio, así como cursos de grado y posgrado. Durante los últimos 15 años también se han generalizado los cursos de capacitación sobre prevención del suicidio, con módulos específicos para diferentes entornos, como escuelas, ambientes militares y cárceles.

Logros de las prácticas

1. La utilización de profesionales de la salud no especializados: Se han establecido directrices que amplían la capacidad del sector de atención primaria de salud para mejorar el manejo y la evaluación de los comportamientos suicidas mediante la participación de personal de salud no especializado. Este ha sido un factor importante en los países de ingresos bajos y medianos donde los recursos son limitados (122, 148).

2. Grupos de apoyo mutuo: El establecimiento de grupos de apoyo mutuo para sobrevivientes de intentos de suicidio y familiares de suicidas ha aumentado sustancialmente desde el 2000 (149).

3. Voluntarios capacitados: Los voluntarios capacitados que proporcionan orientación telefónica y en línea son una fuente valiosa de ayuda emocional para individuos en crisis (150). Las líneas telefónicas de ayuda en casos de crisis, en particular, han recibido reconocimiento internacional por su contribución importante en apoyo de las personas durante crisis suicidas (151).

¿Qué están haciendo ahora los países en cuanto a la prevención del suicidio?

En el 2013, la IASP y el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS iniciaron la encuesta mundial IASP-OMS sobre prevención del suicidio para evaluar la información existente sobre las estrategias y actividades nacionales en esta área. Los cuestionarios se enviaron predominantemente a miembros de la IASP en 157 países, entre los cuales respondieron 90 países (una tasa de respuesta mundial del 57%). Según las regiones de la OMS, se recibieron respuestas de 18 países de la Región de África, 17 de la Región de las Américas, 11 de la Región del Mediterráneo Oriental, 26 de la Región de Europa, 7 de la Región de Asia Sudoriental y 11 de la Región del Pacífico Occidental. Debe obrarse con cautela al interpretar resultados que no pueden generalizarse a todos los países.

Respuestas nacionales al suicidio

En 55 países que respondieron (61%) se consideraba que el suicidio era un importante problema de salud pública. Entre las diferentes regiones de la OMS, esto variaba entre 20 (77%) en la Región de Europa y 2 (29%) en la Región de Asia Sudoriental.

En 28 países que respondieron (31%) el gobierno había adoptado una estrategia nacional integral o un plan de acción (cuadro 2). En la gran mayoría de los países, esto se ha desarrollado desde el 2000.

Cuadro 2. Número de países que respondieron que tenían una estrategia nacional de prevención del suicidio adoptada o en elaboración

	Número de países con una estrategia o un plan de acción nacional establecido	Número de países con una estrategia o un plan de acción nacional en elaboración
Región de África	0	3
Región de las Américas	8	2
Región del Mediterráneo Oriental	0	1
Región de Europa	13	5
Región de Asia Sudoriental	2	0
Región del Pacífico Occidental	5	2
Número total de países	28	13

En 48 países (53%) se señaló que había una **ONG específicamente dedicada a la prevención del suicidio**. En las regiones había entre 22 ONG en la Región de Europa y una en la Región del Mediterráneo Oriental. En 20 países que respondieron (22%) había un centro o un instituto nacional dedicado a la investigación o la prevención del suicidio. Los centros nacionales eran más prevalentes en la Región de Europa (10) y menos prevalentes en las Regiones de África y del Mediterráneo Oriental (uno en cada una).

Entre los países que no tenían ninguna estrategia nacional, se llevaron a cabo varias actividades de prevención del suicidio en los 47 países (52%) que proporcionaron una respuesta a esta pregunta específica (cuadro 3).

Cuadro 3. Actividades de los países que respondieron no tener una estrategia nacional de prevención del suicidio

Tipo de programa	Características	Número de países
Programa nacional	Un programa o iniciativa que aborda una o más de las áreas clave para la prevención del suicidio a nivel nacional con el liderazgo de una ONG o una institución académica.	7
Programa para entornos específicos	Una o más iniciativas integrales polifacéticas de prevención del suicidio administradas por una institución, el sector privado, u otros.	9
Programas dispersos	Programas o actividades aisladas o dispersas que abordan una o más áreas clave de prevención del suicidio a nivel subnacional con el liderazgo de autoridades estatales, regionales o locales .	26
Programa integrado	Ninguna estrategia o programa específico independiente, pero la prevención del suicidio se integra en las políticas sanitarias como un subelemento en otra área (por ejemplo, de salud mental, alcoholismo, enfermedades no transmisibles).	8

Capacitación sobre evaluación de los riesgos de suicidio e intervención

En 34 países que respondieron (38%), se ofrecía capacitación sobre evaluación e intervención en casos de suicidio a los profesionales de la salud mental. La disponibilidad comprendía entre 14 países en la Región de Europa y 3 países en la Región de África.

Se ofrecía capacitación a los médicos generalistas en 23 países que respondieron (26%). En las regiones esto comprendía de 9 países en la Región de Europa a un país en cada una de las Regiones de África y del Pacífico Occidental.

Se ofrecía capacitación sobre prevención del suicidio a los primeros en responder que no son profesionales de la salud, como docentes o periodistas, en 33 países que respondieron (37%). Dentro de las regiones esto variaba entre 15 en la Región de Europa y ninguno en la Región de África.

Grupos de apoyo a las personas en duelo por suicidio

En 38 (42%) de los 90 países que respondieron, había grupos de apoyo mutuo disponibles para las personas en duelo por suicidio. La disponibilidad comprendía entre 20 países en la Región de Europa y ninguno en la Región del Mediterráneo Oriental. En 25 (66%) de los 38 países, algunos pero no todos los grupos de apoyo estaban conducidos por profesionales acreditados y en 9 (24%) de los 38 países todos los grupos de apoyo estaban conducidos por profesionales acreditados.

Condición jurídica actual del suicidio en el mundo y perspectivas para el cambio

A comienzos del siglo XIX, la mayoría de los países del mundo tenían leyes que contemplaban el castigo, incluidas condenas de cárcel, a las personas que habían intentado el suicidio. Sin embargo, en los últimos 50 años la situación ha cambiado significativamente. La mayoría de los países, pero no todos, han despenalizado el suicidio.

De los 192 países y estados independientes investigados (152), 25 tenían actualmente leyes y castigos específicos para los intentos de suicidio. Otros 10 países aplican la ley islámica (Sharia) y en esos países quienes hayan intentado el suicidio pueden ser castigados. Las sanciones estipuladas en las leyes comprenden desde una multa pequeña o un período corto de encarcelamiento hasta cadena perpetua. Sin embargo, muchos países cuyas leyes estipulan castigos en realidad no encausan a quienes intentan el suicidio. Las complejidades de la situación quedan ilustradas en los siguientes ejemplos de diferentes países:

- Quienes han intentado el suicidio son detenidos sistemáticamente, pero en general no son encausados al primer intento y salen de la comisaría con una advertencia severa sobre las consecuencias de un nuevo intento. Al segundo intento se les aplica generalmente una condena de cárcel.
- Quienes han intentado el suicidio son encarcelados sistemáticamente; un grupo de abogados voluntarios procura aconsejarlos, ayudarlos a obtener su liberación y derivarlos a tratamiento.
- La policía detiene ocasionalmente a quienes han intentado el suicidio, después de lo cual los jueces los liberan.

¿Cuáles son los efectos de la despenalización?

No hay datos ni informes de casos que indiquen que la despenalización aumente los suicidios; de hecho, las tasas de suicidio tienden a descender en los países después de la despenalización. Es posible que la despenalización aumente la notificación de los suicidios una vez eliminado el temor a las consecuencias legales. Esto permite cálculos más exactos de la real magnitud del asunto. Si el suicidio se considera un delito, los intentos de suicidio se suelen ocultar y las muertes por suicidio no se notifican como tales, lo cual da la impresión falsa de que los comportamientos suicidas son menos prevalentes. Todos los países deben examinar sus disposiciones legales con relación al suicidio para asegurarse de que no disuadan a las personas de buscar ayuda.

**Trabajo en pro de una respuesta
nacional integral para
la prevención del suicidio**

Mitos acerca del suicidio

Mito

~~**Solo las personas con trastornos mentales son suicidas.**~~

Hecho

El comportamiento suicida indica una infelicidad profunda, pero no necesariamente un trastorno mental. Muchas personas que viven con trastornos mentales no son afectadas por el comportamiento suicida, y no todas las personas que se quitan la vida tienen un trastorno mental.

El establecimiento de la respuesta nacional de un país para la prevención del suicidio brinda una oportunidad de enfrentar la tarea de prevenir los suicidios en el mundo de una manera significativa para el contexto nacional. Independientemente del lugar que ocupe un país en cuanto al compromiso con la prevención del suicidio y los recursos para ello, el proceso mismo de establecer una respuesta nacional propia puede mejorar la prevención. La elaboración de una respuesta nacional es una ocasión para reunir a diversos interesados directos en la prevención del suicidio y para aprovechar su pericia mediante un abordaje participativo. El resultado es una convergencia de interesados directos procedentes del gobierno, las ONG, el sector de la salud y otros sectores que pueden contribuir a estrategias nacionales de largo plazo específicas para el país que siguen un modelo de salud pública. Muchos interesados directos, desde grupos de apoyo a sobrevivientes hasta grupos de promoción de la causa para poblaciones vulnerables, ya participan en las actividades de prevención del suicidio dentro de los países. Los ministerios de salud y las instancias normativas nacionales desempeñan una función integral al coordinar este proceso ya que un liderazgo fuerte asegura objetivos y metas cuantificables y bien definidos.

En aras de la eficacia, se podrían prever objetivos nacionales de prevención del suicidio con miras a lo siguiente:

- mejorar la vigilancia y la investigación;
- identificar a los grupos vulnerables y dirigirse a ellos;
- mejorar la evaluación y el manejo del comportamiento suicida;
- promover los factores ambientales e individuales protectores;
- promover el conocimiento mediante la educación pública;
- mejorar las actitudes sociales y las creencias y eliminar el estigma hacia las personas con trastornos mentales o que presentan comportamientos suicidas;
- reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse;
- alentar a los medios de difusión para que adopten mejores normas y prácticas de información sobre suicidios; y
- brindar apoyo a los familiares de quienes se hayan suicidado.

Además, todos los países deben revisar sus disposiciones legales con relación al suicidio para que no actúen como una barrera para la búsqueda de ayuda.

La falta de una estrategia nacional integral plenamente desarrollada no debe ser un obstáculo para aplicar programas de prevención del suicidio ya que estos pueden contribuir a una respuesta nacional. Tales programas en primer lugar procuran identificar a los grupos vulnerables al riesgo de suicidio, y en segundo lugar mejoran el acceso a los servicios y recursos para los grupos identificados. Son programas diseñados para promover el bienestar mental y reducir el riesgo de suicidio. Cuando se diseñan programas focalizados de prevención del suicidio es importante abarcar la diversidad cultural, utilizar los adelantos de la tecnología e incorporar la capacitación y la educación de esos grupos en materia de prevención (153).

La evaluación de una respuesta nacional general es importante y debe realizarse en todos los programas e intervenciones focalizados de prevención, pero sigue siendo un reto (154). Los recursos y las aptitudes para la evaluación de programas son limitados en todos los sistemas de servicios que intervienen en la prevención del suicidio. El establecimiento de la infraestructura de capacitación y educación para abordar esto es una prioridad, como lo es la creación de oportunidades y el apoyo para intercambiar información sobre métodos de evaluación.

Ejemplos de casos: Prevención del suicidio en el Japón ante el cambio socioeconómico

Contexto

En 1998, en el Japón aumentó notablemente el número de suicidios: pasó a 32 863 tras haber registrado 24 391 el año precedente. En el período 1978–1997 el número anual de suicidios había promediado aproximadamente 25 000. La mayoría de las personas consideraron que ese aumento rápido era consecuencia de los problemas socioeconómicos del país.

Las tasas de suicidio aumentaron en todos los grupos de edad, pero en particular entre hombres de mediana edad. A pesar de los factores de riesgo generalmente reconocidos, el suicidio seguía siendo un tabú social en el Japón. Se lo consideraba un problema personal y no se lo trataba ampliamente ni públicamente.

Impulsores de cambios

En el 2000, la situación empezó a cambiar cuando los hijos que habían perdido a sus padres por suicidio empezaron a romper el tabú y a hablar claro en los medios acerca de sus experiencias. En el 2002, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar celebró una “mesa redonda de expertos en medidas preventivas del suicidio”. El informe resultante señaló que una política de prevención del suicidio no solo debe abordar correctamente los problemas de salud mental, sino que también debe incluir un examen polifacético de factores psicológicos, sociales, culturales y económicos. Sin embargo, este informe se consideró sencillamente como recomendaciones de expertos y no se reflejó plenamente en ninguna política efectiva.

El suicidio empezó a considerarse un “problema social” en el Japón alrededor de 2005-2006 y esto desencadenó hechos concretos. En mayo del 2005, la ONG LIFELINK colaboró con un miembro del parlamento para realizar el primer foro sobre el suicidio. En ese foro, LIFELINK y otras ONG presentaron propuestas urgentes sobre la prevención integral del suicidio. El Ministro de Salud, Trabajo y Bienestar, que asistió al foro, prometió solemnemente en nombre del Gobierno abordar el problema del suicidio. Esa promesa tuvo amplia difusión en los medios.

Legislación

Posteriormente, en el 2006 se formó un grupo parlamentario bipartidista para apoyar la formulación de una política de prevención del suicidio. Impulsada por una petición con más de 100 000 signatarios, en junio del 2006 se firmó la Ley Básica del Japón para la Prevención del Suicidio. Después de esto, la fuerza impulsora se desplazó del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar a la Oficina del Gabinete, y la prevención del suicidio se convirtió en una política integral del Gobierno que no se limitó a un único ministerio. En el 2007 se establecieron los principios generales de una política centrada en la prevención del suicidio y el apoyo a los sobrevivientes. La base era una filosofía según la cual una política de prevención del suicidio ayudaría a construir una sociedad donde los ciudadanos llevaran vidas que tuvieran un propósito, y se atribuyeron diversas responsabilidades al Estado. Los principios de la Ley Básica reflejan la idea de que las actividades de prevención del suicidio deben tener en cuenta la complejidad de los factores relacionados con el suicidio y no solo concentrarse en los trastornos mentales. Por lo tanto, las actividades de prevención del suicidio deben incluir la prevención, varias intervenciones e intervención posterior, con estrecha cooperación entre los interesados directos.

Después de la crisis económica mundial del 2008, el Gobierno del Japón aseguró financiación en el 2009 a través del “Fondo regional integral de fortalecimiento de urgencia en la prevención del suicidio”, o Fondo regional. El Fondo regional se dirigió principalmente a reforzar las actividades locales de prevención del suicidio, incluidas campañas intensivas de información pública durante el mes de marzo, porque se reconoció que en ese mes aumentaba la tasa de suicidio. En el 2010, el Gobierno designó marzo como Mes de Prevención Nacional del Suicidio. También introdujo reformas en la recopilación de datos, ordenando al Organismo Nacional de Policía que diera a conocer mensualmente las estadísticas municipales detalladas de suicidios. Esto facilitó la promoción de medidas de prevención del suicidio alineadas con las necesidades locales.

En el 2012, los principios generales de la política de prevención del suicidio se revisaron para destacar el apoyo a los jóvenes y a quienes ya habían intentado el suicidio.

Resultados

Después de una disminución gradual a partir del 2009, el número de suicidios en el Japón descendió por debajo de 30 000 en el 2012 por primera vez desde 1998. La mayor parte de esta disminución ocurrió en zonas urbanas. La tasa de suicidio entre los jóvenes siguió en alza, señalando la necesidad de nuevas intervenciones focalizadas. Sin embargo, las tasas de suicidio

entre personas ancianas y de mediana edad habían disminuido, dando lugar a una disminución general. Los datos del Organismo Nacional de Policía también mostraron una disminución marcada de los suicidios asociados a problemas económicos y relacionados con los medios de vida.

¿Cómo pueden los países crear una estrategia nacional integral y por qué es útil?

Una manera sistemática de desarrollar una respuesta nacional es mediante la creación de una estrategia nacional de prevención del suicidio. Una estrategia nacional indica un compromiso claro de un gobierno con el establecimiento de prioridades y el tratamiento del problema del suicidio. También proporciona liderazgo y orientación con respecto a las principales actividades de prevención del suicidio basadas en datos científicos y a lo que debe priorizarse. Una estrategia permite la identificación transparente de los interesados directos responsables de tareas específicas y describe maneras de coordinarse estos eficazmente entre sí (145).

La inclusión e integración explícitas de la prevención del suicidio en otros programas de salud y asociaciones prioritarios (por ejemplo los dedicados a la infección por VIH/sida, la salud de la mujer y el niño, las enfermedades no transmisibles, o la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario), así como en políticas y leyes de otros sectores pertinentes (por ejemplo los que se ocupan de la educación, el empleo, la discapacidad, el sistema judicial, los derechos humanos, la protección social, la reducción de la pobreza y el desarrollo), son medios importantes para satisfacer los requisitos pluridimensionales de una estrategia de prevención del suicidio y asegurar la sostenibilidad.

Una estrategia nacional no será necesariamente el punto de partida de la prevención del suicidio. Muchos países ya tienen actividades y respuestas. Sin embargo, una estrategia nacional puede ayudar al proporcionar un plan amplio. Las regiones dentro de un país pueden luego ejecutar el plan al nivel pertinente.

Principios orientadores para la elaboración y la aplicación de estrategias nacionales

Después de consultas con expertos, y con el apoyo técnico de la OMS, las Naciones Unidas publicaron *Prevención del suicidio: directrices para la formulación y la aplicación de estrategias nacionales* (155). Este documento seminal subrayó la necesidad de colaboración intersectorial, abordajes multidisciplinarios y evaluación y examen continuos.

El documento de las Naciones Unidas destacó algunas actividades y abordajes para lograr las metas de las estrategias nacionales. Desde entonces han evolucionado varios componentes característicos de las estrategias nacionales de prevención del suicidio (cuadro 4).

Cuadro 4. Componentes característicos de las estrategias nacionales

Componente	Metas y objetivos
Vigilancia	Mejorar la calidad y la temporalidad de los datos nacionales sobre el suicidio y los intentos de suicidio. Apoyar el establecimiento de un sistema integrado de recopilación de datos que sirva para identificar a grupos y personas vulnerables, así como para detectar situaciones de vulnerabilidad.
Restricción de los medios utilizables para suicidarse	Reducir la disponibilidad, la accesibilidad y la fuerza atractiva de los medios utilizables para suicidarse (por ejemplo, plaguicidas, armas de fuego, lugares altos). Reducir la toxicidad y el poder letal de los medios disponibles.
Medios de difusión	Promover la aplicación de directrices para los medios de difusión en pro de una información responsable sobre los suicidios en la prensa, la radio, la televisión y las redes sociales.
Acceso a servicios	Promover un mayor acceso a servicios integrales para las personas vulnerables a los comportamientos suicidas. Eliminar las barreras a la atención.
Capacitación y educación	Mantener programas de capacitación integrales para los guardianes identificados (por ejemplo, personal de salud, educadores, policías). Mejorar la competencia de los proveedores de atención primaria y de salud mental para el reconocimiento y el tratamiento de las personas vulnerables.
Tratamiento	Mejorar la calidad de la atención clínica y las intervenciones clínicas basadas en datos científicos, especialmente para los individuos que se presentan al hospital después de un intento de suicidio. Mejorar la investigación y la evaluación de las intervenciones eficaces.
Intervención en crisis	Velar por que las comunidades tengan la capacidad de responder a las crisis con intervenciones apropiadas y por que las personas en situación de crisis tengan acceso a una atención de salud mental de emergencia, incluso a través de Internet o de líneas telefónicas de ayuda.
Intervención posterior	Mejorar la respuesta y el cuidado a los afectados por suicidio o intentos de suicidio. Prestar servicios propicios y rehabilitadores a las personas afectadas por intentos de suicidio.
Concientización	Establecer campañas de información pública para ayudar a entender que el suicidio es prevenible. Mejorar el acceso del público y de los profesionales a la información acerca de todos los aspectos de la prevención del comportamiento suicida.
Reducción de estigmas	Promover la utilización de servicios de salud mental, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y atención relacionada con el suicidio. Reducir la discriminación contra quienes utilizan estos servicios.
Supervisión y coordinación	Establecer instituciones u organismos para promover y coordinar la investigación, la capacitación y la prestación de servicios relacionados con comportamientos suicidas. Fortalecer la respuesta de los sistemas sanitario y social a los comportamientos suicidas.

Cuando se elaboraron las mencionadas directrices de las Naciones Unidas, solo Finlandia tenía una iniciativa sistemática patrocinada por el Gobierno para establecer un marco y un programa nacionales de prevención del suicidio. Quince años después, más de 25 países —de ingresos altos, medianos y bajos— habían adoptado estrategias nacionales (o en algunos casos regionales) de prevención de comportamientos suicidas. La mayoría de estos países reconocen la importancia de las directrices de las Naciones Unidas en la elaboración de sus respectivas estrategias nacionales.

Los elementos clave que es preciso tener presentes al establecer una estrategia son los siguientes:

a) Hacer de la prevención del suicidio una prioridad multisectorial, independientemente de los recursos

El objetivo integral de una estrategia nacional de prevención del suicidio es promover, coordinar y apoyar planes de acción y programas intersectoriales apropiados de prevención de los comportamientos suicidas a nivel nacional, regional y local. Se requieren asociaciones con múltiples sectores públicos (como los de la salud, la educación, el empleo, el poder judicial, la vivienda, el bienestar social) y otros sectores, incluido el sector privado, según corresponda en el país.

b) Tener en cuenta la diversidad

Aunque las estrategias nacionales existentes tienen componentes similares, no hay dos estrategias nacionales idénticas, en parte porque el problema del suicidio es diferente en cada país. El suicidio depende de varios factores, y su expresión se ve afectada por los contextos sociales y culturales. Aunque se han identificado factores de riesgo comunes a nivel mundial, las metas, los objetivos y las intervenciones deben adaptarse al contexto específico.

c) Establecer mejores prácticas

Una mirada más cercana a los componentes de las estrategias nacionales vigentes indica que son compilaciones de diversas intervenciones y prácticas óptimas basadas en datos científicos que, en su conjunto, representan un método integral de abordar una amplia variedad de factores de riesgo y de protección que son comunes a un país específico. La elaboración, la realización y la evaluación de proyectos piloto, programas focalizados y medidas de acción es una base esencial para la elaboración de una estrategia de prevención del suicidio.

d) Asignar recursos (fondos, tiempo, personal)

Una estrategia de prevención del suicidio coordinada e integral debe tener especificados los recursos financieros y humanos, un cronograma de ejecución y objetivos a corto, mediano y largo plazos. La elaboración de una estrategia nacional de prevención del suicidio requiere un modelo económicamente sostenible para alcanzar las metas previstas. Un marco lógico es una de muchas herramientas de planificación y evaluación de programas que pueden usarse para mostrar las conexiones entre el problema por abordar, las actividades por ejecutar y los resultados previstos.

e) Planificar y colaborar eficazmente

Independientemente de las herramientas que elijan los países, su planificación y evaluación deben hacerse en colaboración. La creación de un grupo de planificación nacional permite a los interesados directos abordar sus supuestos fundamentales, identificar los recursos y aportaciones necesarios y planificar las actividades que conducirán a los resultados deseados.

f) Utilizar los resultados de la evaluación y compartir las enseñanzas extraídas

La estrategia de prevención del suicidio y sus componentes deben evaluarse y los resultados y las enseñanzas extraídas deben compartirse con los interesados directos pertinentes. Los resultados de la evaluación probablemente se aprovecharán mejor si se adaptan a determinadas audiencias con recomendaciones apropiadas. Todos los participantes en la evaluación deben recibir retroalimentación y ser apoyados para introducir los cambios necesarios después de haber recibido los resultados de la evaluación. La difusión incluye compartir con las audiencias pertinentes, de una manera oportuna, no sesgada y coherente, los resultados y las enseñanzas extraídas de la evaluación. La estrategia sobre difusión de información debe considerar a los usuarios propuestos y a otros interesados directos, y la información suministrada debe ser apropiada (por ejemplo en cuanto a su estilo, tono y formato) para la audiencia.

Ejemplos de casos: Chile, el comienzo de un sistema nuevo

Contexto

Las tasas de suicidio han crecido muy rápidamente en Chile en los 20 últimos años, y en particular desde el 2000. Las tasas más elevadas se registran entre hombres de edad y han aumentado mucho entre jóvenes. Para responder a estas tendencias se han adoptado varias medidas, a saber:

1. El acceso a la atención de salud mental ha mejorado considerablemente con una nueva legislación sobre garantías universales en materia de atención de salud, que se sancionó en el 2005. La legislación mejora el acceso a la atención de salud y cubre cuatro trastornos mentales, cada uno de los cuales conlleva un factor de riesgo significativo de suicidio.

2. Un plan nacional de prevención del suicidio diseñado en el 2007 y recientemente aprobado oficialmente incluye estrategias de prevención recomendadas por la OMS y basadas en datos científicos, a saber:

- vigilancia regional y nacional de todos los casos de suicidio e intento de suicidio para definir perfiles regionales de riesgo y seguir de cerca la atención de salud;
- 15 planes de prevención regional e intersectorial coordinados por la autoridad sanitaria regional;
- capacitación del personal de salud, en particular el de atención primaria de salud y el de las salas de urgencias;
- programas de prevención en las escuelas, centrados en la protección socioambiental, la autoestima, aptitudes para la vida, la resolución de situaciones de crisis y competencias para la toma de decisiones;
- un sistema de ayuda en situaciones de crisis, incluidas una línea telefónica de ayuda, una página en la web y un programa de intervención en cada uno de los 29 servicios generales de salud del país; y
- un programa didáctico dirigido a los medios de difusión para reducir la transmisión inapropiada de información y promover la conciencia sobre la función protectora que pueden desempeñar los medios.

Metas futuras

La estrategia nacional de salud de Chile para 2011-2020 se propone disminuir un 10% la tasa de suicidio entre los jóvenes.

Aplicación de una estrategia nacional de prevención del suicidio

Cuando se aplica una estrategia nacional de prevención del suicidio es importante tener una idea clara de las aportaciones, los resultados inmediatos y los resultados intermedios relacionados para determinar cómo avanzar. Según sea su enfoque, la estrategia puede tener una orientación nacional pero aplicarse localmente. A continuación se proporcionan ejemplos de los primeros tres elementos (aportaciones, resultados inmediatos y resultados intermedios) de un marco lógico. La evaluación de los resultados inmediatos, los resultados intermedios y las repercusiones se consideran más detalladamente en la sección siguiente.

Aportaciones

Son recursos, contribuciones e inversiones necesarios para llevar a cabo las actividades, por ejemplo:

- una fuente de financiamiento y un financiamiento sostenido;
- suficiente personal capacitado, o creación de capacidad;
- liderazgo y colaboración sostenidos;
- programas de prevención basados en datos científicos culturalmente pertinentes;
- acceso a los datos;
- colaboradores ejecutivos identificados; y
- voluntad política.

Resultados inmediatos

Son actividades, productos y servicios que llegan a los destinatarios previstos, por ejemplo:

- programas de capacitación de guardianes;
- campañas públicas de educación;
- acceso a la atención;
- programas comunitarios y líneas telefónicas de ayuda;
- programas de tratamiento y de continuidad de la atención;
- intervención posterior (*postvention*);
- intervenciones para restringir el acceso a los medios utilizables para suicidarse;
- directrices para los medios de difusión; y
- aplicación de políticas.

Fuente: Comunicación del Ministerio de Salud de Chile.

Resultados intermedios

Son cambios, resultados y beneficios logrados para individuos, grupos, organismos, comunidades o sistemas gracias a las actividades y otros resultados inmediatos. Los resultados intermedios específicos deben clasificarse como de corto, mediano o largo plazo y deben ser cuantificables, por ejemplo:

- número de suicidios y de intentos de suicidio;
- número de personas capacitadas o beneficiadas de otro modo por las actividades individuales;
- horas de servicios accesibles;
- número de personas tratadas;
- mediciones que reflejan una disminución del estigma percibido en relación con la búsqueda de ayuda;
- mejoramiento en la prestación de servicios de salud mental;
- salud mental, bienestar o conexión social;
- mediciones que reflejan la relación costo-eficacia; y
- reducción de las tasas de hospitalización por intentos de suicidio, y de muerte por suicidio.

La importancia de los datos

A fin de dar una respuesta nacional, es preciso entender primero el problema por resolver, reducir, cambiar o prevenir. La vigilancia se refiere a la recopilación sistemática de datos específicos atendiendo a los resultados (principalmente sobre los suicidios e intentos de suicidio) para utilizarlos en la planificación, la ejecución y la evaluación de las prácticas de salud pública (156). Muchos países no tienen sistemas de vigilancia que sistemáticamente recojan y proporcionen datos sobre el suicidio en los cuales se puedan basar metas programáticas para intervenciones y el desarrollo de iniciativas de política, o en el mejor de los casos solo tienen sistemas muy elementales. Significativamente, muchos países desconocen los principales métodos utilizados para suicidarse y la proporción de suicidios precedidos de intentos fallidos. Para determinar cuantitativamente los resultados, sean positivos o nulos, de los esfuerzos desplegados para reducir los suicidios, los intentos de suicidio y la repercusión del suicidio en la sociedad en general se requiere acceso a datos confiables y válidos (véase también el recuadro 9). Para mejorar la calidad se requieren datos que indiquen dónde se necesitan mejoras.

Adaptación de los programas para su ejecución

Algunos programas ya implantados pueden ampliarse o adaptarse en función de las poblaciones destinatarias y los resultados previstos de una estrategia nacional. En otras ocasiones deben elaborarse y aplicarse programas nuevos. Deberá considerarse el contexto de cada país y su método de prevención del suicidio. Por ejemplo, si los datos reflejan muchos suicidios entre jóvenes de grupos culturales específicos de un país, la estrategia nacional sobre el suicidio deberá hacer hincapié en los jóvenes. No hay ningún método aplicable a todos; las intervenciones eficaces

en un país o región no necesariamente lo serán en otros lugares sin considerar el contexto y sin adaptarlas a sus fines.

Asignación de prioridades

Dadas las realidades fiscales de la mayoría de los países, las estrategias de múltiples componentes para prevenir el suicidio probablemente deberían introducirse de forma escalonada. Es importante definir las prioridades de un país para aprovechar al máximo los limitados recursos, como el personal y el financiamiento. Es indispensable hacer un análisis de las necesidades de los sectores en cuanto a personal, liderazgo o colaboración para aplicar una estrategia. En particular para los países con grandes exigencias de recursos, es preciso identificar las mejores oportunidades para una acción inmediata basada en programas existentes o en los que puedan adaptarse fácilmente. Los países que hayan alcanzado metas a corto plazo de prevención del suicidio pueden tener recursos para empezar a centrarse en cambios sistémicos a más largo plazo.

Retos para la ejecución

La aplicación de una estrategia nacional de prevención del suicidio a menudo requiere cambios en la manera en que actúan los individuos y sus organizaciones. Los retos para lograr cambios dependen del contexto, pero pueden incluir lo siguiente (157):

- limitados conocimientos de los interesados directos acerca de cómo cambiar la manera de trabajar tomando en consideración los datos científicos;
- creencias personales, actitudes y percepciones con respecto al cambio, y riesgos y beneficios percibidos;
- aptitudes y capacidades individuales para el cambio en la práctica;
- liderazgo y colaboración débiles;
- barreras prácticas, incluida la falta de recursos, equipo o personal;
- el ambiente político o social.

Deben identificarse y abordarse las barreras potenciales. Un abordaje participativo, consultivo, con convencimiento y retroalimentación de los interesados directos, reducirá las barreras a nivel individual. La capacitación para adquirir nuevas aptitudes y competencias debe ser una parte esencial de toda estrategia nacional.

Ejemplos de casos: Suiza responde a la diversidad

Antecedentes

Las tasas de suicidio en Suiza se encuentran en el rango medio comparadas con otros países europeos: en el 2011 en Suiza se suicidaron 1 034 personas.

Suiza es una confederación; la Oficina Federal Suiza de Salud Pública se ocupa de cuestiones integrales como el seguro de enfermedad y la información sanitaria. Los 26 cantones son fundamentalmente responsables de la prevención del suicidio, y la coordinación general de una respuesta nacional es un reto. A pesar de esto, las actividades de prevención del suicidio, como la estrategia 2010-2015 de prevención del suicidio en el cantón de Zug, han dado buenos resultados a nivel cantonal. A continuación se enumeran algunos ejemplos de progresos realizados en la prevención del suicidio en los cantones suizos:

- proyectos de reducción del acceso a los medios utilizables para suicidarse;
- seguimiento de los medios de difusión;
- vigilancia;
- intervenciones a corto plazo y seguimiento de las personas que han intentado el suicidio;
- capacitación de guardianes;
- actividades de concientización relacionadas con el Día Mundial para la Prevención del Suicidio;
- grupos de apoyo mutuo para familiares de fallecidos por suicidio;
- líneas telefónicas de ayuda en caso de crisis.

Retos de un país federado

A pesar del éxito de las actividades de prevención del suicidio y las respuestas a nivel local, la falta de coordinación nacional sigue siendo un reto para los cantones. Esto puede dar lugar a lo siguiente:

- falta de oportunidades para que los cantones compartan mejores prácticas y aprendan unos de otros;
- falta de coordinación nacional en la asignación y la vigilancia de recursos;
- desequilibrio entre los cantones, que no pueden tener los mismos recursos y actividades porque las intervenciones de prevención del suicidio están impulsadas por la motivación de cada cantón.

El camino a seguir

Desde el 2011 la presión política para ocuparse de la prevención del suicidio ha aumentado a nivel nacional. La Asamblea Federal aceptó una moción que solicitaba que la Oficina Federal Suiza de Salud Pública elaborara un plan de acción para la prevención del suicidio. Todos los interesados directos (cantones, ONG, etc.) deben participar en este proceso y debe establecerse su base legal.

¿Cómo se puede hacer un seguimiento del progreso al evaluar una estrategia nacional de prevención del suicidio?

La evaluación forma parte integrante de toda estrategia nacional de prevención del suicidio y agrega valor de las siguientes maneras:

Producción de conocimientos. La evaluación proporciona a los grupos de interesados directos información importante sobre el progreso de la estrategia y sus puntos fuertes y débiles. Esta información puede servir para monitorear los resultados a corto, mediano y largo plazo, introducir las modificaciones necesarias y orientar la futura planificación y la asignación de recursos (158).

Planificación y gestión. La evaluación permite mejorar la manera de planificar y administrar la estrategia nacional y sus actividades, elaborar planes claros adaptados a los resultados y establecer asociaciones integradoras, así como sistemas de recolección de datos y retroalimentación que promuevan el aprendizaje y el mejoramiento continuos (154).

Rendición de cuentas. La evaluación es una herramienta para rendir cuentas a los proveedores de fondos, los legisladores y el público en general. Ayuda a velar por que se mantengan enfoques óptimos y no se desperdicien recursos en programas ineficaces (158).

Muchas estrategias nacionales abarcan un plazo definido de 5 o 10 años e incluyen múltiples objetivos, acciones y metas. En el curso de esos años, ciertas intervenciones planificadas y propuestas pueden no ejecutarse o no mantenerse. Si una estrategia nacional no consigue reducir los comportamientos suicidas ni mitigar los factores de riesgo ni fortalecer los factores protectores, es preciso saber si esto se debió a una falla en la aplicación.

A pesar de que un número cada vez mayor de países elaboran y aplican estrategias nacionales de prevención del suicidio, las evaluaciones sistemáticas e integrales son limitadas (159, 160, 161). Las evaluaciones de la eficacia de las estrategias nacionales de prevención del suicidio muestran resultados incongruentes: en algunos países (por ejemplo, Finlandia, Escocia) se registran reducciones significativas de las tasas de suicidio en la población general, pero en otros (por ejemplo, Australia, Noruega, Suecia) se obtienen efectos limitados (159, 162). Sin embargo, los resultados de la evaluación se deben interpretar con cuidado porque la calidad de la información sobre la ejecución de las medidas es limitada. El análisis de los cambios en las tasas de suicidio o los factores de riesgo y de protección también varía según los países, por lo que las comparaciones son difíciles.

Ejemplos de casos: Estrategia multisectorial integral en Escocia

Iniciativa

En el 2002, en Escocia se lanzó una estrategia nacional y plan de acción para prevenir el suicidio, llamados *Choose Life* ("Elegir la vida"), con miras a reducir la tasa de suicidio un 20% para el 2013. Escocia tenía una creciente tasa de suicidio, en particular entre hombres, que llegó a 27 por 100 000 en el 2001 (9 por 100 000 entre mujeres). Elegir la vida se desarrolló e implementó dentro de un programa nacional público de salud mental que forma parte de compromisos de política más amplios de Escocia para mejorar la salud de la población, promover la justicia social y reducir las desigualdades. Esto ha permitido que la prevención del suicidio se aborde en un marco más amplio de objetivos e iniciativas de política que comparten el objetivo final de mejorar la salud mental de la población.

Se formó una red nacional con representantes de los concejos municipales locales, la policía, los servicios de ambulancias, de intervención en accidentes y de urgencia, los servicios penitenciarios y las principales ONG, y se estableció un programa nacional de capacitación y de formación de capacidad. Se elaboró un plan de ejecución, concentrándose en 32 comunas locales, y cada plan local se centra en los tres objetivos siguientes:

- Lograr una acción de prevención del suicidio coordinada entre los servicios de salud, asistencia social, educación, vivienda, policía, bienestar y trabajo.
- Establecer programas de capacitación multiprofesional para formar capacidad de apoyo a la prevención del suicidio.
- Prestar apoyo financiero a las intervenciones de la comunidad local y del vecindario.

Entre el 2002 y el 2006, el Gobierno de Escocia invirtió £ 20,4 millones en la aplicación de la estrategia Elegir la vida.

Resultados

En el 2006 se realizó una evaluación independiente del proceso y de los resultados intermedios de la primera fase de aplicación de la estrategia. La evaluación indicó considerables avances hacia muchos hitos, pero una necesidad de poner más énfasis en la sostenibilidad y de seguir incorporando los objetivos de esta estrategia en otras corrientes de la política nacional. La evaluación también subrayó la necesidad de una acción focalizada a nivel nacional, como la de mejorar la integración de los servicios clínicos, incluidos los de tratamiento del uso indebido de sustancias.

Durante el período comprendido entre 2000-2002 y 2010-2012 la tasa de suicidio en Escocia descendió un 18%. Una evaluación de Elegir la vida se completó en el 2012; sin embargo, es difícil determinar si la disminución puede atribuirse al programa en su conjunto o a alguno de sus componentes.

Retos en la evaluación

La evaluación de una estrategia nacional de prevención del suicidio no ocurre en un vacío, sino que se ve afectada por limitaciones reales (158). Las evaluaciones deben ser prácticas y factibles y conducirse dentro de límites de recursos y tiempo y del contexto político, social y económico de un país. La evaluación correcta no existe, pero en el curso de una estrategia puede haber evaluaciones apropiadas. Al comparar diversas actividades de prevención del suicidio en diferentes estados o territorios y comunidades locales se puede aprender mucho sobre los tipos de estructuras de implementación más eficientes y eficaces (163). En los países donde el comportamiento suicida se sigue considerando ilegal y socialmente y religiosamente inaceptable, la ejecución y la evaluación de estrategias de prevención del suicidio se verán dificultadas por altos niveles de estigmatización del suicidio y falta de datos exactos sobre la mortalidad por suicidio (164, 165).

El diseño de todo plan de evaluación tropieza con dificultades al atribuir los resultados o las repercusiones observadas a la estrategia de prevención porque muchos otros factores pueden influir en las tasas de suicidio y otros indicadores (166). Por ejemplo, más conocimientos y mejores datos pueden dar lugar a un mayor número de revelaciones y a información más exacta acerca de los suicidios, que antes se hubieran perdido. Esto podría dar lugar a tasas aparentemente mayores (159, 167). Además, cambios importantes tales como las crisis económicas pueden afectar negativamente a la salud de la población y a las tasas de suicidio, por ejemplo reduciendo la capacidad financiera para responder a estos problemas. En consecuencia, es esencial conocer el contexto de una estrategia (la historia, la organización y el entorno político y social más amplios) y así mejorar la concepción y realización de las evaluaciones (154).

Queda una brecha en la evaluación rigurosa de las estrategias prometedoras de prevención del suicidio. Si bien a nivel internacional se han señalado y ejecutado intervenciones nuevas e innovadoras, muchas todavía no se han evaluado. Esto es un problema, en particular para países de ingresos bajos que pierden por falta de datos las posibles enseñanzas valiosas de sus actividades de prevención del suicidio. Como resultado hay un sesgo favorable a las intervenciones y recomendaciones de los países que tienen un sector académico activo. Un aumento de las evaluaciones, en particular en los países de ingresos bajos, podría remediar esta brecha crucial.

El costo y la relación costo-eficacia de las actividades de prevención del suicidio

Es importante incorporar en la evaluación una determinación de los costos y los recursos necesarios para implementar las intervenciones en diferentes entornos, culturas y contextos e incluir información cualitativa sobre los buenos resultados y los obstáculos encontrados en la ejecución (168). Las evaluaciones económicas que tienen en cuenta el contexto y cuestiones de implementación pueden ayudar a determinar si las intervenciones eficaces y rentables en un país son factibles en otros. En los países con recursos limitados, la evaluación de la eficacia en relación con los costos puede ayudar a determinar dónde se asignarán mejor los recursos.

Además de datos científicos sobre el efecto o la repercusión de las estrategias de prevención del suicidio, los planificadores y decisores sanitarios requieren información sobre sus costos previstos y su relación costo-eficacia para conseguir que resulten razonables. Por ejemplo, en un estudio económico sobre intoxicación autoinfligida en Sri Lanka se pudo calcular que las necesidades de recursos para tratamiento en el país ascendían a US\$866 000 en el 2004 (cada caso tratado costaba como promedio US\$32) (169).

A nivel mundial faltan estudios económicos consistentes para informar a planificadores e instancias normativas sobre las necesidades presupuestarias y el rendimiento de la inversión para prevenir el suicidio (168). Un estudio reciente de la OMS sobre las estrategias de prevención del suicidio que examinó los costos como parámetro de interés indicó que las dos terceras partes de las estrategias evaluadas como eficaces o prometedoras se clasificaban como de bajo costo y que el bajo costo también estaba asociado estrechamente con enfoques de prevención universales o selectivos (en lugar de focalizados) (40).

La inclusión de un componente económico en los ensayos

clínicos financiados en algunos países ha dado lugar a datos científicos sobre la eficacia en función de los costos de ciertas estrategias, como las de autoayuda en línea para reducir la ideación suicida en los Países Bajos (170) o de terapia cognitiva conductual para las personas con antecedentes de autoagresión en el Reino Unido (171). Otros estudios económicos han recurrido a la modelación para evaluar los costos previstos y los beneficios esperados con el transcurso del tiempo, como el proyecto de evaluación de la eficacia en relación con los costos de la prevención en Australia (ECA), que evaluó la eficacia comparativa en relación con los costos de varias intervenciones, entre ellas las siguientes (172):

- reducción del acceso a los medios utilizables para suicidarse mediante la revisión de la legislación sobre la propiedad de armas de fuego (más de 50 000 dólares australianos ganados por cada año adicional de vida sana);
- directrices para una información más responsable por parte de los medios de difusión (27 000 dólares australianos ganados por año de vida sana si se evita al menos un suicidio).¹

Estos estudios ofrecen buenos ejemplos de cómo realizar análisis económicos y cómo pueden estos aportar información útil para las estrategias nacionales de prevención del suicidio.

¹ *Un año de vida sana sería un año vivido con pleno goce de la salud, sin enfermedades ni discapacidad.*

**El camino a seguir en
la prevención del suicidio**

Mitos acerca del suicidio

Mito

~~Hablar del suicidio es una mala idea y puede interpretarse como estímulo.~~

Hecho

Dado el estigma generalizado alrededor del suicidio, la mayoría de las personas que contemplan el suicidio no saben con quién hablar. En lugar de fomentar el comportamiento suicida, hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión, previniendo así el suicidio.

¿Qué se puede hacer y quién se debe involucrar?

Para posibilitar la prevención es necesario actuar. Los abordajes de prevención del suicidio han evolucionado mientras las comunidades y los países han cambiado sus actitudes y creencias con respecto al suicidio. El estigma contra la búsqueda de ayuda por suicidio se ha reducido en muchos contextos. Ahora el reto para las instancias normativas y otros interesados directos es acoger el creciente diálogo público sobre el suicidio y aprovechar el ambiente para implementar una respuesta. A numerosos países les queda mucho por hacer, y sigue habiendo considerables obstáculos para aplicar las estrategias de prevención del suicidio. Esta sección del informe ofrece a los países vías para avanzar, independientemente del lugar en que se encuentren en su camino hacia la prevención del suicidio.

Construyendo el camino a seguir

Los ministros de salud tienen un papel crucial que desempeñar proporcionando liderazgo y convocando a los interesados directos de otros sectores del país. Pueden ayudar a coordinar todos los sectores: educación, medios de difusión públicos, justicia, trabajo, bienestar social, religión, transporte y agricultura, para que participen efectivamente en las actividades de prevención del suicidio utilizando la base de conocimientos actuales acerca de la prevención. Después se podrá seguir contando con esa participación.

Los pasos que deberá tomar seguidamente un país dependerán del lugar al que haya llegado en la prevención del suicidio. El cuadro 5 enumera ejemplos de acciones estratégicas que pueden adoptar los países para avanzar en la prevención del suicidio sobre la base de las mejores pruebas disponibles descritas en el presente informe. El cuadro muestra la variedad de actividades y opciones preventivas que pueden considerarse en varias áreas estratégicas.

Países que no tienen actualmente ninguna actividad

En los países donde todavía no se han emprendido actividades de prevención del suicidio, el énfasis será la acción. Estos países pueden buscar interesados directos y desarrollar actividades aprovechando las oportunidades que surjan donde haya mayor necesidad o donde ya existan recursos. Al hacerlo y analizar la situación pueden encontrar que algunos grupos de la comunidad ya han estado trabajando en actividades de prevención del suicidio en pequeña escala. Esos grupos requerirán más apoyo para aumentar la escala o el alcance de las actividades, que puede lograrse con una mayor colaboración. Además, es importante mejorar la vigilancia en esta etapa, pero los países

pueden hacerlo mientras inician intervenciones pertinentes de prevención del suicidio y no a expensas de ellas.

Países que tienen alguna actividad

En los países que tienen algunas actividades de prevención del suicidio, puede ser productivo centrarse primero en la consolidación realizando un análisis de la situación. Estos países pueden identificar las deficiencias de los servicios y trabajar para establecer una respuesta nacional integral previa identificación y mapeo de todos los interesados directos y delegación de funciones y responsabilidades en la respuesta nacional. Puede prestarse especial atención al contexto y a los grupos vulnerables, priorizando adecuadamente los factores de riesgo.

Países que tienen una respuesta nacional

Los países que ya tienen una respuesta nacional bastante integral pueden hacer hincapié en la evaluación y el mejoramiento. Aunque la evaluación es igualmente importante para el mejoramiento continuo en etapas más tempranas, en esta suele haber recursos más fácilmente disponibles para evaluaciones en profundidad. Estos países harán hincapié en la inclusión oportuna de nuevos datos y en la mejora de la eficacia y la eficiencia de la respuesta nacional.

La prevención eficaz del suicidio requerirá un ciclo continuo de aprendizaje y acción. Los ministros de salud y otros líderes de la prevención del suicidio pueden beneficiarse de los esfuerzos regulares para reflexionar sobre el progreso y considerar los pasos siguientes. Puede usarse un análisis FODA u otra herramienta de análisis de situación para medir progresos (véase el recuadro 8). Los análisis de la situación bien realizados pueden usarse para identificar fortalezas por mejorar, debilidades por corregir, oportunidades por aprovechar y amenazas por abordar.

Recuadro 8.

FODA: ejemplo de análisis de situación

El progreso constante en la prevención del suicidio requiere compromiso y consideración continuos de los logros pasados y los posibles pasos siguientes. Los ministros de salud y los dirigentes de otros sectores comprometidos en la prevención del suicidio pueden beneficiarse de los análisis periódicos del estado de las actividades de prevención del suicidio en el país. Hay varios modelos para realizar análisis de situación y será importante elegir uno que resulte conocido y se considere apropiado para las necesidades locales. Uno relativamente directo es el análisis FODA, herramienta

de planificación que puede usarse para establecer objetivos y determinar los pasos necesarios para alcanzarlos. El análisis FODA consiste en responder preguntas para determinar **F**ortalezas, **O**portunidades, **D**ebilidades y **A**menazas en relación con la prevención del suicidio. Cuando se realizan análisis de la situación usando el FODA u otros modelos, es importante considerar recursos existentes, voluntad política, oportunidades políticas y legislativas, y asociaciones de los diversos sectores.

Ejemplo de un análisis FODA para fines de vigilancia:

Fortalezas	Debilidades	Oportunidades	Amenazas
Tiene actualmente datos nacionales sobre la mortalidad por suicidio.	Faltan datos sobre intentos de suicidio.	El ministro de educación propone agregar preguntas sobre el comportamiento suicida en la próxima encuesta nacional sobre consumo de drogas entre estudiantes secundarios.	Se necesitan recursos para el análisis y la difusión de los resultados. Las asociaciones con los investigadores y los medios de difusión son limitadas.

El cuadro 5 presenta áreas para la acción estratégica. Estas abarcan la participación de los interesados directos apropiados que pueden trabajar dentro del propio sector o en diversos sectores para reducir el suicidio; los esfuerzos para reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse; el mejoramiento de la recopilación sistemática de datos de vigilancia para comprender las tendencias del suicidio; la vigilancia de los efectos de las actividades de prevención con el transcurso del tiempo; los esfuerzos para corregir mitos y concientizar acerca de que el suicidio es un problema de salud pública prevenible; y la movilización del sistema de salud.

En las columnas del cuadro se enumeran medidas sugeridas en pos de una acción estratégica, independientemente de dónde se encuentre el país en su progreso hacia la ejecución de una estrategia eficaz de prevención del suicidio. La intención es que los asociados utilicen esta información para considerar las acciones estratégicas por ejecutar. Se sugieren interesados directos como líderes posibles de cada acción estratégica, que

pueden utilizar la lista para ayudar a identificar acciones adicionales que complementen las actividades actuales y llenen vacíos del método nacional de prevención del suicidio.

El trabajo fundacional de involucrar a los principales interesados directos es fundamental para garantizar la participación de diferentes sectores. Este cuadro puede usarse para considerar cómo está contribuyendo cada sector a la prevención del suicidio e identificar las oportunidades de ampliar o potenciar las contribuciones de estos sectores para comprometer a otros asociados y facilitar progresos en otras acciones de prevención del suicidio.

Cuadro 5. Acciones estratégicas propuestas para la prevención del suicidio (clasificadas según los niveles de ejecución actual)

Áreas de acción estratégica	Principales interesados directos	Ninguna actividad (no hay prevención del suicidio a nivel nacional ni local)	Alguna actividad (ha empezado alguna prevención del suicidio en áreas prioritarias a nivel nacional o local)	Hay una estrategia nacional de prevención del suicidio
Hacer participar a los principales interesados directos	Ministerio de Salud u otro organismo de salud como coordinador	Identificar y hacer participar a los principales interesados directos en las prioridades del país, o donde ya existan actividades.	Identificar y hacer participar a los principales interesados directos de todos los sectores en las actividades de prevención del suicidio. Asignar responsabilidades.	Evaluar en forma sistemática las funciones, responsabilidades y actividades de los principales interesados directos. Usar los resultados para ampliar la participación sectorial y aumentar la de los interesados directos.
Reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse	Sistema jurídico y judicial, instancias normativas, sectores de la agricultura y el transporte	Comenzar a reducir, mediante intervenciones en las comunidades, el acceso a los medios utilizables para suicidarse.	Coordinar y ampliar las actividades existentes para reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse (incluidas leyes, normas y procedimientos a nivel nacional).	Evaluar los esfuerzos desplegados para reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse. Utilizar los resultados de la evaluación para realizar mejoras.
Llevar a cabo la vigilancia y mejorar la calidad de los datos	El Ministerio de Salud, la Oficina de Estadística, los demás interesados directos, y particularmente los sistemas de salud formales e informales, recopilarán datos	Empezar la vigilancia, priorizando los datos sobre mortalidad, con información sobre la edad, el sexo y los métodos de suicidio. Comenzar a identificar localidades representativas para establecer modelos.	Implantar un sistema de vigilancia del suicidio y de los intentos de suicidio a nivel nacional (con un desglose adicional) y velar por que los datos sean confiables y válidos y estén públicamente disponibles. Establecer modelos viables de datos que sean eficaces y puedan ampliarse a mayor escala.	Vigilar oportunamente los principales atributos como la calidad, la representatividad, la regularidad, la utilidad y los costos del sistema de vigilancia. Utilizar los resultados para mejorar el sistema. Ampliar los modelos eficaces para tener una cobertura integral de datos de buena calidad.
Concientizar	Todos los sectores, encabezados por el Ministerio de Salud y los medios de difusión	Organizar actividades para concientizar acerca de que los suicidios son prevenibles. Velar por que los mensajes lleguen a algunas de las regiones o poblaciones previstas utilizando al menos un canal de amplio acceso.	Idear campañas estratégicas de información pública e implementarlas usando información basada en datos científicos a nivel nacional. Utilizar métodos y mensajes que se adapten a las poblaciones destinatarias.	Evaluar la eficacia de la campaña de información pública. Utilizar los resultados para mejorar campañas futuras.
Hacer participar a los medios de difusión	Alianza entre los medios de difusión y el Ministerio de Salud	Establecer un diálogo con los medios de difusión sobre la cobertura responsable de los suicidios.	Dirigirse a las principales organizaciones de medios de difusión del país en favor de la formulación de normas y prácticas para garantizar una información responsable sobre el suicidio. Colaborar con los interesados directos de los medios de difusión a fin de promover recursos para la prevención y para derivaciones apropiadas.	Evaluar la información transmitida por los medios de difusión sobre los eventos de suicidio. Hacer participar y capacitar a todos los medios acerca de la información responsable. Impartir una capacitación oportuna a los nuevos trabajadores de los medios de difusión.
Movilizar el sistema de salud y capacitar al personal de salud	Sistemas de salud formales e informales, sector de la educación	Comenzar a planificar y a dispensar atención a quienes intenten el suicidio, y capacitar al personal de salud.	Dispensar una atención accesible en casos de crisis, basada en datos científicos, y dispensar asimismo atención clínica y servicios posteriores a nivel nacional. Impartir cursos de perfeccionamiento al personal de salud. Adaptar los programas de estudios del personal de salud.	Realizar un seguimiento y una evaluación sistemáticos de los servicios existentes. Utilizar los resultados para mejorar la atención.

Áreas de acción estratégica	Principales interesados directos	Ninguna actividad (no hay prevención del suicidio a nivel nacional ni local)	Alguna actividad (ha empezado alguna prevención del suicidio en áreas prioritarias a nivel nacional o local)	Hay una estrategia nacional de prevención del suicidio
Cambio de actitudes y creencias	Medios de difusión, sector de los servicios de salud, sector de la educación, organizaciones comunitarias	Emprender actividades para reducir el estigma asociado con la búsqueda de ayuda por suicidio. Promover los comportamientos de búsqueda de ayuda.	Modificar actitudes hacia el uso de los servicios de salud mental y reducir la discriminación contra los usuarios de estos servicios.	Realizar evaluaciones periódicas para vigilar los cambios de actitud y las creencias del público respecto del suicidio, de los trastornos mentales y debidos al consumo de sustancias y de la búsqueda de ayuda.
Evaluación e investigación	Servicios de salud comunitaria pertinentes, sector de la educación y Ministerio de Salud	Planificar y priorizar la investigación necesaria para la prevención del suicidio y comparar los datos existentes (por ejemplo, sobre defunciones por suicidio).	Ampliar la investigación, asignando recursos para informar y evaluar las actividades de prevención del suicidio a nivel regional o nacional.	Evaluar periódicamente las investigaciones en cartera para seguir de cerca los progresos científicos e identificar lagunas en los conocimientos. Reorientar los recursos en función de la evaluación.
Elaborar y aplicar una estrategia nacional integral de prevención del suicidio	Ministerio de Salud	Elaborar una estrategia nacional de prevención del suicidio como punto de partida, aunque los datos y recursos todavía no estén disponibles.	Seguir desarrollando la estrategia nacional velando por que sea integral y multisectorial y subsane todas las deficiencias en los servicios y la implementación.	Evaluar y vigilar la aplicación y los resultados de la estrategia para identificar los componentes más eficaces. Utilizar los resultados para actualizar continuamente la estrategia.

El cuadro 5 no es exhaustivo y tiene por objeto promover el mejoramiento continuo y ofrecer ideas para acciones que pueden proseguirse. Las celdas del cuadro incluyen ejemplos de acciones estratégicas o maneras de pensar el progreso. El cuadro no se propone como fórmula ni como prescripción para prevenir el suicidio.

Mientras se avanza, hay dos puntos clave por considerar. Primero, las actividades de prevención del suicidio deben ejecutarse simultáneamente con la recopilación de datos (véase el recuadro 9). La recopilación y la comparación de datos exactos sobre el suicidio y los intentos de suicidio son importantes y han sido un gran reto en la mayoría de los países; sin embargo, esperar un sistema de vigilancia perfecto no es la respuesta. La vigilancia se debe mejorar a medida que el país avanza en la implementación de intervenciones de prevención del suicidio, y los cambios se introducirán según sea necesario en función de los datos.

Segundo, algunos países pueden opinar que por diversas razones no están preparados para tener una respuesta nacional de prevención del suicidio. Sin embargo, el proceso de consultar a los interesados directos acerca de una respuesta nacional a menudo crea un ambiente favorable al cambio. Mediante el proceso de crear una respuesta nacional al suicidio, se comprometen los interesados directos, se fomenta el diálogo público sobre la estigmatización, se identifica a grupos destinatarios vulnerables, se fijan prioridades para la investigación y aumenta la concientización del público y de los medios de difusión. En consecuencia, en lugar de considerar la creación de una respuesta nacional como un resultado final, es más exacto ver el desarrollo de una respuesta nacional como un elemento importante del camino hacia una prevención eficaz de los suicidios.

Recuadro 9.

Acciones clave de vigilancia

Para una prevención eficaz del suicidio se requiere una mejor vigilancia y seguimiento de los suicidios e intentos de suicidio. Como los recursos disponibles para la prevención del suicidio son limitados, los administradores, los organismos de salud pública y otros interesados directos deben decidir qué proporción de los fondos y recursos disponibles para la prevención del suicidio debe asignarse a la vigilancia y cómo debe distribuirse entre los diversos tipos de actividades de vigilancia. La situación varía enormemente según los países, de manera que no hay ningún manual de validez universal para tomar estas decisiones. Hay, sin embargo, algunos principios generales referentes a las principales acciones que pueden ser útiles en la mayoría de las jurisdicciones:

- **Establecer un grupo de estudio permanente, específicamente responsable de la vigilancia y la mejora de la calidad de los datos relacionados con el suicidio, como componente integral del esfuerzo general de prevención del suicidio.**

La mejora de la calidad de la información relacionada con el suicidio es un componente tan esencial de los esfuerzos de prevención del suicidio y de toda estrategia nacional de prevención del suicidio que debe designarse un grupo de estudio dedicado a esta actividad. Después de haber analizado el estado actual de los datos relacionados con el suicidio, se desarrollaría un plan para mejorar la disponibilidad, el alcance y la calidad de los datos; el plan se seguiría de cerca y se actualizaría periódicamente.

- **Evaluar periódicamente la disponibilidad, el alcance y la calidad de los datos sobre los suicidios e intentos de suicidio.**

Evaluar periódicamente y mejorar la calidad de los datos es importante para cada una de las tres fuentes principales de datos:

–Mejorar la calidad de los datos de registro civil sobre el suicidio. Las actividades necesarias para establecer o mejorar el registro de las muertes por suicidio variarán según el estado actual del sistema de registro civil del país.

–Mejorar la calidad de los datos acerca del tratamiento médico dispensado por intento de suicidio. El desarrollo de un sistema de vigilancia en los hospitales es un proceso complejo, pero se puede comenzar por elaborar un método viable de recopilación de datos en unas pocas ubicaciones representativas y posteriormente hacerlo extensivo a todo el país.

–Mejorar la calidad de las encuestas comunitarias acerca del comportamiento suicida. Se debe tener en cuenta el hecho de que la muestra debe ser suficientemente grande para ser representativa de la comunidad o del país. Se deben utilizar preguntas estandarizadas, y las más importantes y útiles se relacionan con los intentos de suicidio cometidos el año precedente.

- **Dar preferencia a la obtención de datos de alta calidad procedentes de varias ubicaciones representativas antes que a la de datos de mala calidad que abarquen todo un país.**

En la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos y en algunos países de ingresos altos, debido a limitaciones financieras, de personal o técnicas, no es factible desarrollar sistemas nacionales de vigilancia de los suicidios y los intentos de suicidio ni realizar regularmente encuestas nacionales. En esta situación es mejor identificar varios sitios representativos y luego ampliar la escala al nivel nacional.

- **Integrar la vigilancia de los suicidios con otras actividades, siempre que sea posible, antes que establecer actividades independientes.**

Las muertes por suicidio se suelen registrar como parte del sistema general de registro de defunciones, y no en el marco de un sistema de vigilancia independiente. La vigilancia de los intentos de suicidio tratados en los servicios de urgencias se organiza mejor como parte de un sistema de vigilancia general de las lesiones. Las encuestas comunitarias acerca del comportamiento suicida pueden integrarse fácilmente con otras encuestas comunitarias acerca de la salud física o mental.

- **Incorporar en el plan general para mejorar la calidad de los datos actividades encaminadas a reducir la estigmatización.**

Quizás el mayor obstáculo para la obtención de datos de buena calidad acerca del suicidio sea el estigma asociado con el comportamiento suicida. La colaboración con los medios de difusión para cambiar la percepción del público y con las facultades de medicina y de enfermería para cambiar las actitudes de los médicos (por ejemplo, enmarcando el suicidio como un problema de salud pública grave y tratable) son pasos importantes para alcanzar la meta a largo plazo de reducir el estigma asociado con el suicidio.

- **Encontrar un equilibrio entre la necesidad de datos nacionales y la necesidad de datos específicos de las comunidades.**

Los datos nacionales pueden ser de uso limitado en la creación y la vigilancia de las estrategias locales de prevención porque puede haber considerables diferencias demográficas, económicas o culturales entre diferentes regiones del país. Es importante determinar en qué medida el perfil local del suicidio difiere del perfil nacional.

- **Velar por que el sistema de vigilancia se utilice para contribuir al desarrollo y a la evaluación de las actividades de prevención del suicidio.**

Todos los estudios amplios de prevención del suicidio patrocinados por gobiernos deben utilizar como principal medición de los resultados el número de suicidios o intentos de suicidio y asignar una porción adecuada del presupuesto a la vigilancia de esos resultados.

¿Qué indicios muestra el éxito?

Además de ayudar a los países a que planifiquen sus aportaciones y acciones, se puede usar un marco lógico como el mostrado en la figura 9 con otras herramientas de evaluación y de seguimiento para seguir de cerca los progresos y medir la eficacia. Después de explorar las contribuciones, resultados y actividades posibles para planificar y ejecutar una estrategia nacional de prevención del suicidio, a fin de avanzar con la evaluación es importante repasar los resultados y los efectos obtenidos.

Figura 9. El marco lógico aplicado a la prevención del suicidio



Resultados

Los indicadores cuantitativos que miden los principales resultados de una estrategia nacional son indicadores útiles del progreso realizado. Pueden incluir lo siguiente:

- reducción porcentual de la tasa de suicidio;
- número de intervenciones de prevención del suicidio ejecutadas con buenos resultados;
- disminución del número de casos hospitalizados por intento de suicidio.

Los países que se guían por el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (1) pueden prever una reducción del 10% en la tasa de suicidio. Algunos países pueden ir más lejos; por ejemplo, Inglaterra, en su anterior estrategia nacional de salud llamada *“Saving lives: our healthier nation, 1999”* (173) se propuso como meta en el área de la salud mental reducir al menos un 20% para el 2010 la mortalidad por suicidio y lesión indeterminada. Esta meta fue alcanzada con éxito en el 2008 (174). Los indicadores cuantitativos de las principales actividades proporcionan hitos importantes para la respuesta nacional coordinada de todos los sectores.

Repercusiones

Si bien los resultados principales proyectados son importantes y pueden mostrar progresos, se puede perder otra información cualitativa importante. A veces, las tasas de suicidio no descienden debido a una mayor notificación de los suicidios o debido a otros factores contextuales. Los países deben mirar más allá de los principales resultados inmediatos e intermedios hacia las repercusiones más amplias para tener una idea más completa de los progresos y del éxito. Entre las mediciones de efectos más amplios se pueden incluir indicadores cuantitativos y cualitativos como los siguientes:

- comunidades donde las organizaciones (escuelas, organizaciones religiosas, lugares de trabajo, etc.) prestan apoyo a la población y están suficientemente conectadas para proporcionar referencias apropiadas a quienes necesitan asistencia;
- familias y círculos sociales que prestan apoyo social, mejoran la capacidad de recuperación, reconocen los factores de riesgo de suicidio e intervienen eficazmente para ayudar a los seres queridos;
- clima social en el cual la búsqueda de ayuda por comportamiento suicida no sea tabú y se promueva en cambio el diálogo público sobre la cuestión.

Estos indicadores son a menudo más difíciles de medir, pero son importantes porque pueden señalar progresos significativos en la prevención del suicidio y deben considerarse igualmente importantes cuando un país evalúa el progreso logrado y los indicios de éxito.

Mensajes clave

Los suicidios se cobran un costo alto. Más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio, y esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse.

El suicidio es un fenómeno mundial. Todos los países se ven afectados. A pesar de ideas preconcebidas según las cuales el suicidio es más prevalente en países de ingresos altos, en realidad un 75% de los suicidios se cometen en países de ingresos bajos y medianos. El suicidio es una causa importante de muerte a muy diversas edades. Además de sus repercusiones sobre los individuos que intentan suicidarse o se suicidan, el suicidio tiene fuertes repercusiones de largo alcance en las familias, amigos, comunidades y países.

Los suicidios son prevenibles. Para que las respuestas nacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención.

Para ser eficaz, la estrategia nacional debe incluir colaboración entre el sector de la salud y otros sectores gubernamentales y no gubernamentales. Debe incorporar a las comunidades y a los medios de difusión para promover información responsable sobre el suicidio. La estrategia debe mejorar la vigilancia, así como las políticas en relación con la salud mental y el alcohol en particular. La prevención temprana debe ser un componente central de toda estrategia.

La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse da buenos resultados. Una estrategia eficaz para prevenir los suicidios y los intentos de suicidio es restringir el acceso a los medios más frecuentes, incluidos plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos.

La restricción del acceso a esos medios desempeña un papel importante en la prevención del suicidio, en particular en el caso de los suicidios impulsivos. La aplicación de políticas eficaces unidas a intervenciones en las comunidades ha contribuido a reducir el número de suicidios gracias a la restricción de dichos medios.

Los servicios de salud tienen que incorporar la prevención del suicidio como un componente central. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a que se cometan muchos suicidios en todo el mundo. La identificación temprana y el manejo eficaz son fundamentales para conseguir que las personas reciban la atención que necesitan.

La mejora de la calidad de la atención a las personas que buscan ayuda puede conseguir que las intervenciones tempranas sean eficaces. Una mejor calidad de la atención es la clave para reducir el número de suicidios resultantes de trastornos mentales y debidos al consumo de alcohol y otros factores de riesgo. Las políticas en materia de salud mental y alcohol deben priorizar la atención, promover su integración eficaz en los servicios generales de salud y prever un financiamiento suficiente para mejorar estos servicios.

Las comunidades desempeñan una función crucial en la prevención del suicidio. Pueden prestar apoyo social a los individuos vulnerables y ocuparse del seguimiento, luchar contra la estigmatización y apoyar a quienes han perdido a seres queridos que se han suicidado.

En todos los países, en particular en aquellos con recursos limitados, las comunidades y sus programas de apoyo tienen suma importancia en la prevención del suicidio. Un apoyo social eficaz dentro de la comunidad y la capacidad de recuperación de cada uno pueden ayudar a proteger del suicidio a las personas vulnerables estableciendo y mejorando su capacidad de conexión social y fomentando aptitudes para hacer frente a las dificultades. En concreto, la comunidad puede proporcionar ayuda en situaciones de crisis, mantener un contacto regular con quienes hayan intentado el suicidio y apoyar a los familiares de quienes se hayan suicidado.

Referencias

1. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf, consultado el 23 de abril del 2014).
2. WHO mortality database documentation: 1 May 2013 update. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/, accessed 19 May 2014).
3. WHO methods and data sources for global causes of death 2000-2012. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HIS/GHE/2014.7. Geneva: World Health Organization; 2014.
4. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Yur'Yev A, Kõlves K, Leppik L et al. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides? *Scand J Public Health*. 2010;38(4):395–403.
5. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Arensman E, Van Audenhove C, van der Feltz-Cornelis CM et al. Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Inj Prev*. 2012;18(5):321–5.
6. Höfer P1, Rockett IR, Värnik P, Etzersdorfer E, Kapusta ND. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: undercounting amidst a hanging epidemic? *BMC Public Health*. 2012;11(12):644.
7. Wu KCC, Chen YY, Yip PSF. Suicide methods in Asia: implications in suicide prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(4):1135–58.
8. Gunnell D, Eddleston M, Phillips MR, Konradsen F. The global distribution of fatal pesticide self-poisoning: systematic review. *BMC public health*. 2007a;7:357. doi:10.1186/1471-2458-7-357.
9. Chang SS, Chen YY, Yip PSF, Lee WJ, Hagihara A, Gunnell D. Regional changes in charcoal-burning suicide rates in East/Southeast Asia from 1995 to 2011: a time trend analysis. *PLoS Medicine*. 2014;11(4):e1001622.
10. National Violent Death Reporting System (NVDRS) Coding manual, version 3. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014. (http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/NVDRS_Coding_Manual_Version_3-a.pdf, accessed on 15 May 2014).
11. Paulozzi LJ, Mercy J, Frazier L Jr., Annest JL. CDC's National Violent Death Reporting System: background and methodology. *Inj Prev*. 2004;10(1):47–52.
12. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*. 2002;360:1728–36.
13. Patel V, Ramasundarahettige C, Vijayakumar L, Thakur J S, Gajalakshmi V, Gururaj G et al. Suicide mortality in India: a nationally representative survey. *Lancet*. 2012;379(9834):2343–51.
14. Kessler R, Ustun TB, editors. The WHO World Mental Health Surveys. New York (NY): Cambridge University Press; 2008.
15. STEPS optional module: mental health/suicide. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/chp/steps/riskfactor/modules/en/>, accessed 15 May 2014).
16. Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502665_eng.pdf?ua=1, accessed 5 May 2014).
17. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112852/1/9789241506717_eng.pdf?ua=1, accessed 7 June 2014).
18. Methodology of the youth risk behavior surveillance system–2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 62:1–20.
19. Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, de Girolamo G, Medina-Mora ME et al. Prevalence and identification of groups at risk for 12-month suicidal behavior in the WHO World Mental Health Surveys. In: Nock MK, Borges G, Ono Y, editors. *Suicidality in the WHO World Mental Health Surveys*. New York (NY): Cambridge University Press; 2012:185–98.
20. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self-harm: findings from the world's first registry. *PLoS ONE*. 2012;7(2):1–7.
21. Arensman E, Larkin C, Corcoran P, Reulbach U, Perry IJ. Factors associated with self-cutting as a method of self-harm: findings from the Irish National Registry of Deliberate Self-Harm. *Eur J Public Health*. 2013;1–6.
22. Wittouck C, De Munck S, Portzky G, Van Rijsselberghe L, Van Autreve S, van Heeringen K. A comparative follow-up study of aftercare and compliance of suicide attempters following standardized psychosocial assessment. *Arch Suicide Res*. 2010;14(2):135–45.
23. Ludvigsson JF, Andersson E, Ekblom A, Feychting M, Kim JL, Reuterwall C et al. External review and validation of the Swedish national inpatient register. *BMC Public Health*. 2011;11:450. doi:10.1186/1471-2458-11-450.
24. Web-based injury statistics query and reporting system. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2014 (<http://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>, accessed 15 May 2014).
25. Jansen E, Buster MCA, Zuur AL, Das C. Fatality of suicide attempts in Amsterdam 1996–2005. *Crisis*. 2009;30(4):180–5.
26. Miller M, Azraek D, Hemenway D. The epidemiology of case fatality rates for suicide in the Northeast. *Inj Prev Res*. 2004;43(6):723–30.
27. Clinical management of acute pesticide intoxication: prevention of suicidal behaviours. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597456_eng.pdf, accessed 23 April 2014). [Manejo clínico de la intoxicación aguda con pesticidas: prevención de conductas suicidas. Panamá: Organización Panamericana de la Salud; 2012. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/INTOXICACION%20S UICIDIO-lp-completo-R2.pdf>]
28. Dawson AH, Eddleston M, Senarathna L, Mohamed F, Gawarammana I, Bowe SJ et al. Acute human toxicity of agricultural pesticides: a prospective cohort study. *PLoS Medicine*. 2010;7(10):e1000357. doi:10.1371/journal.pmed.1000357.

29. Mrazek PB, Haggerty RJ, editors. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington (DC): National Academies Press; 1994.
30. Gordon, RSJ. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* 1983;98(2):107–9.
31. Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66(11):1037–42.
32. Sisask M, Värnik A. Media roles in suicide prevention: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2012;9:123–38.
33. Daine K, Hawton K, Singaravelu V, Stewart A, Simkin S, Montgomery P. The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the Internet on self-harm and suicide in young people. *PloS ONE.* 2013;8(10):e77555.
34. Westerlund M, Hadlaczky G, Wasserman D. The representation of suicide on the Internet: implications for clinicians. *J Med Internet Res.* 2012;14(5):122. doi:10.2196/jmir.1979p.
35. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010. (http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf/, consultada el 23 de abril del 2014).
36. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol.* 2004;65(6):782–93.
37. Cho J, Lee WJ, Moon KT, Suh M, Sohn J, Ha KH et al. Medical care utilization during 1 year prior to death in suicides motivated by physical illnesses. *J Prev Med Public Health.* 2013;46(3):147–54.
38. Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf, accessed 23 April 2014).
39. Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):726–32.
40. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2010 (<http://www.wpro.who.int/mnh/TowardsEvidencebasedSPP.pdf?ua=1>, accessed 24 April 2014).
41. Yip PS, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. *Lancet.* 2012;379(9834):2393–9.
42. Du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique.* 2013;61(4):363–74. doi:10.1016/j.respe.2013.01.099.
43. Eddleston M, Karalliedde L, Buckley N, Fernando R, Hutchinson G, Isbister G et al. Pesticide poisoning in the developing world—a minimum pesticides list. *Lancet.* 2002;360(9340):1163–7.
44. Gunnell D, Fernando R, Hewagama M, Priyangika WDD, Konradsen F, Eddleston M. The impact of pesticide regulations on suicide in Sri Lanka. *In J Epid.* 2007b;36:1235–42.
45. Safer access to pesticides: community interventions. Geneva: World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/pesticides_safer_access.pdf, accessed 22 April 2014).
46. Guns, knives and pesticides: reducing access to lethal means. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence-4th_milestones_meeting/publications, accessed 23 April 2014).
47. Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide: evidence, interventions, and future directions. *Am Behav Sci.* 2003;46(9):1192–210.
48. Anglemeyer A, Horvath T, Rutherford G. The accessibility of firearms and risk for suicide and homicide victimization among household members: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2014;160(2):101–10. doi:10.7326/M13-1301.
49. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U, Gadola E, Bopp M, Lauber C et al. Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. *Am J Public Health.* 2006;96:1752–5.
50. Cox GR, Robinson J, Nicholas A, Lockley A, Williamson M, Pirkis J et al. Interventions to reduce suicides at suicide hotspots: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13(1):214. doi:10.1186/1471-2458-13-214.
51. Sarchiapone M, Mandelli L, Iosue M, Andrisano C, Roy A. Controlling access to suicide means. *Int J Environ Res Public Health.* 2011;8(12):4550–62. doi:10.3390/ijerph8124550.
52. Yip PSF, Law CK, Fu KW, Law YW, Wong PW, Xu Y. Restricting the means of suicide by charcoal burning. *Br J Psychiatry.* 2010;196:241–2.
53. Hegerl U, Wittenburg L. Focus on mental health care reforms in Europe: the European alliance against depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behaviour. *Psychiatr Serv.* 2009;60(5):596–9.
54. Hawton KL, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ.* 2013;346:f403.
55. A prioritized research agenda for suicide prevention: an action plan to save lives. Rockville (MD): National Institute of Mental Health and the Research Prioritization Task Force; 2014.
56. Preventing suicide: a resource for media professionals. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf, accessed 23 April 2014).
57. Pirkis J. Suicide and the media. *Psychiatry.* 2009;8:269–271.
58. Bohanna I, Wang X. Media guidelines for the responsible reporting of suicide. A review of effectiveness. *Crisis.* 2012;33(4):190–8.
59. Collin PJ, Metcalf AT, Stephens-Reicher JC, Blanchard ME, Herrman HE, Rahilly K et al. ReachOut.com: the role of an online service for promoting help-seeking in young people. *Advances in Mental Health.* 2011;10(1):39–51.
60. Mishara BL, Kerkhof JFM, editors. Suicide prevention and new technologies: evidence based practice. Basingstoke:

Palgrave MacMillan; 2013.

61. Youthhealthtalk (website). Oxford: University of Oxford (www.youthhealthtalk.org, accessed 14 April 2014).

62. Matsubayash T, Sawada Y, Ueda M. The effect of public awareness campaigns on suicides: evidence from Nagoya, Japan. *J Affect Disord*. 2014;152-154:526-9. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.007.

63. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(2):231-9. doi:10.1007/s00127-013-0745-4.

64. Carli V, Wasserman C, Wasserman D, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J et al. The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*. 2013;13(1):479. doi:10.1186/1471-2458-13-479

65. Wasserman C, Hoven CW, Wasserman D, Carli V, Sarchiapone M, Al-Halabi S et al. Suicide prevention for youth—a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*. 2012;12:776. doi:10.1186/1471-2458-12-776.

66. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G et al. A randomized controlled trial of school-based suicide preventive programmes: the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Lancet*. 2014 (in press).

67. Kölves K, Kölves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. *J Affect Disord*. 2013;146(1):1-14.

68. Fortune S, Hawton K. Culture and mental disorders: suicidal behaviour. In: Bhugra D, Bhui K, editors. *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007:255-71.

69. Oliver LN, Peters PA, Kohen DE. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Ottawa: Statistics Canada; 2012.

70. Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GCN. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. *Am Psychol*. 2008;63(1):14-31.

71. Casiano H, Katz LY, Globerman D, Sareen J. Suicide and deliberate self-injurious behaviour in juvenile correctional facilities: a review. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;22(2):118-24.

72. Fazel S, Grann M, Kling B, Hawton K. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46:191-5. doi: 10.1007/s00127-010-0184-4.

73. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex*. 2011;58(1):10-51. doi:10.1080/00918369.2011.534038.

74. Brunstein Klomek A, Sourander A, Gould M. The

association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: a review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Can J Psychiatry*. 2010;55(5):282-8.

75. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. *Am J Public Health*. 2013;103(3):30-42.

76. Foster T. Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Arch Suicide Res*. 2011;15(1):1-15.

77. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(8):741-9.

78. Ben-Efraim YJ, Wasserman D, Wasserman J, Sokolowski M. Family-based study of HTR2A in suicide attempts: observed gene, gene x environment and parent-of-origin associations. *Mol Psychiatry*. 2013;18(7):758-66. doi:10.1038/mp.2012.86.

79. Kposowa AJ. Divorce and suicide risk. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(12):993.

80. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013

(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/> accessed 14 April 2014).

81. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368:1260-9.

82. Matsubayashi T, Sawada Y, Ueda M. Natural disasters and suicide: evidence from Japan. *Soc Sci Med*. 2013;82:126-33. doi:10.1016/j.socscimed.2012.12.021.

83. Jankovic J, Bremner S, Bogic M, Lecic-Tosevski D, Ajdukovic D, Franciskovic T. Trauma and suicidality in war affected communities. *Eur Psychiatry*. 2013;28(8):514-20. doi:10.1016/j.eurpsy.2012.06.001.

84. Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in immigrants: an overview. *Open J Med Psychol*. 2013;2:124-33.

85. Clifford AC, Doran CM, Tsey K. A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand. *BMC public health*. 2013;13(1):463. doi:10.1186/1471-2458-13-463

86. Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(11):1721-31.

87. Marshal MP, Dietz LJ, Friedman MS, Stall R, Smith HA, McGinley J et al. Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: a meta-analytic review. *J Adolesc Health*. 2011;49(2):115-23. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.02.005.

88. Szumilas M, Kutcher S. Post-suicide intervention programmes: a systematic review. *Can J Public Health*. 2011;102(1):18-29.

89. Kang HK, Bullman TA. Is there an epidemic of suicides among current and former U.S. military personnel? *Ann*

- Epidemiol. 2009;19(10):757–60.
90. Kang HK, Bullman TA. Risk of suicide among US veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones. *JAMA*. 2008;300(6):652–3.
91. Schoenbaum M, Kessler RC, Gilman SE, Colpe LJ, Heeringa SG, Stein MB et al. Predictors of suicide and accident death in the Army Study to Assess Risk and Resilience in Service members (Army STARRS). *JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):493–503. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.4417.
92. Kemp J. Suicide rates in VHA patients through 2011 with comparisons with other Americans and other veterans through 2010 (PowerPoint slides). Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2014 (http://www.mentalhealth.va.gov/docs/Suicide_Data_Report_Update_January_2014.pdf, accessed 7 June 2014).
93. Matthieu M, Hensley M. Gatekeeper training outcomes: enhancing the capacity of staff in substance abuse treatment programmes to prevent suicide in a high risk population. *Ment Health Subst Use*. 2013;6(4):274–86. doi:10.1080/17523281.2012.744342.
94. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2014 ;109(3):379–91. doi:10.1111/add.12393.
95. Tompkins TL, Witt J, Abraibesh N. Does a gatekeeper suicide prevention program work in a school setting? Evaluating training outcome and moderators of effectiveness. *Suicide Life Threat Behav*. 2010;40(5):506–15. doi:10.1521/suli.2010.40.5.506.
96. Mishara BL, Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*. 2011;33(3):162–8.
97. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):338–52. doi:10.1521/suli.2007.37.3.338.
98. Pil L, Pauwels K, Muijzers E, Portzky G, Annemans L. Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *J Telemed Telecare*. 2013;19(5):273–81. doi:10.1177/1357633X13495487.
99. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med*. 2008;13(5):243–56.
100. Beautrais AL. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up. *Aust NZ J Psychiatry*. 2003;37(5):595–9.
101. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol med*. 2003;33(3):395–405.
102. Radhakrishnan R, Andrade C. Suicide: an Indian perspective. *Indian J Psychiatry*. 2012;54(4):304–19.
103. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a re-examination. *Am J Psychiatry*. 2000;157(12):1925–32.
104. Schneider B. Substance use disorders and risk for completed suicide. *Arch Suicide Res*. 2009;13(4):303–16.
105. Hawton KL, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(6):693–704.
106. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(10):1058–64.
107. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):247–53.
108. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 1996;153(8):1009–14.
109. Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, accessed 7 July 2014).
110. Bohnert KM, Ilgen MA, McCarthy JF, Ignacio RV, Blow FC, Katz IR. Tobacco use disorder and the risk of suicide mortality. *Addiction*. 2014;109(1):155–62.
111. Chang SS, Stuckler D, Yip P, Gunnell D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013;347:f5239.
112. Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills: recession, budget battles, and the politics of life and death. London: Penguin Press; 2013.
113. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):73–85. doi:10.1016/S2215-0366(14)70222-6
114. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1990;147(2):190–5.
115. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. 2006;36(5):575–86.
116. Stenager E, Stenager E. Somatic diseases and suicidal behaviour. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009:293–9.
117. Jordan JR, McIntosh JL, editors. *Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors (Series in Death, Dying, and Bereavement)*. New York (NY): Routledge; 2011.
118. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010;117(2):575–600.
119. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*. 2002;360(9340):1126–30.
120. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behaviour and depression. *Eur Psychiatry*. 2010;25(5):268–71.
121. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A

- review of the evidence. *Crisis*. 2013;34(1):32–41. doi:10.1027/0227-5910/a000158.
122. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada: versión 1.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf consultado el 23 de abril del 2014).
123. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008;86(9):703–9. doi:10.2471/BLT.07.046995.
124. Michel K, Gysin-Maillart A, editors. *Kurztherapie nach Suizidversuch: ASSIP–Attempted Suicide Short Intervention Program*. Germany: Verlag Hans Huber; 2013.
125. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. 2012;27(2):129–41. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.
126. Pearson A, Saini P, Da Cruz D, Miles C, While D, Swinson N et al. Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *Br J Gen Pract*. 2009;59(568):825–32. doi:10.3399/bjgp09X472881.
127. Knox KL, Pflanz S, Talcott GW, Campise RL, Lavigne JE, Bajorska A et al. The US Air Force suicide prevention program: implications for public health policy. *Am J Public Health*. 2010;100(12):2457–63.
128. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N. Alliances against depression—a community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37(10):2404–9.
129. Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. *Eur Psychiatry*. 2009;24:164.
130. While D, Bickley H, Roscoe A, Windfuhr K, Rahman S, Shaw J et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997–2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379(9820):1005–12.
131. Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ, Tarrrier N. Resilience to suicidality: the buffering hypothesis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:563–91.
132. Van Praag H. The role of religion in suicide prevention. In: Wasserman D, Wasserman C, editors. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2009:7–12.
133. Rezaeian M. Epidemiology of self-immolation. *Burns*. 2013;39(1):184–6.
134. Sisask M, Värnik A, Kolves K, Konstabel K, Wasserman D. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nord J Psychiatry*. 2008;62(6):431–5.
135. Luthar SS, editor. *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
136. Davidson CL, Babson KA, Bonn-Miller MO, Souter T, Vannoy S. The impact of exercise on suicide risk: examining pathways through depression, PTSD, and sleep in an inpatient sample of veterans. *Suicide Life Threat Behav*. 2013;43(3):279–89.
137. Sarchiapone M, Mandelli L, Carli V, Iosue M, Wasserman C, Hadlaczky G et al. Hours of sleep in adolescents and its association with anxiety, emotional concerns, and suicidal ideation. *Sleep Med*. 2014;15(2):248–54. doi:10.1016/j.sleep.2013.11.780.
138. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ*. 2005;12(2):9–25.
139. Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl*. 2013;37(9):664–674. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.013.
140. Mejdoubi J, van den Heijkant SC, van Leerdam FJ, Heymans MW, Hirsing RA, Crijnen AA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*. 2013;8(10):e78185. doi:10.1371/journal.pone.0078185.
141. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986;78(1):65–78.
142. Chan CS, Rhodes JE, Howard WJ, Lowe SR, Schwartz SE, Herrera C. Pathways of influence in school-based mentoring: the mediating role of parent and teacher relationships. *J Sch Psychol*. 2013;51(1):129–42. doi:10.1016/j.jsp.2012.10.001
143. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Monahan KC, Abbott RD, Arthur MW. Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviours after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(2):141–8. doi:10.1001/archpediatrics.2011.183.
144. Lewis KM, DuBois DL, Bavarian N, Acock A, Silverthorn N, Day J. Effects of positive action on the emotional health of urban youth: a cluster-randomized trial. *J Adolesc Health*. 2013;53(6):706–11. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.06.012.
145. *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf, accessed 23 April 2014).
146. Soubrier JP. Looking back and ahead. *Suicidology and suicide prevention: do we have perspectives?* Forum—Prevention of Suicide Worldwide. *World Psychiatry*. 2004;3(3):159–60.
147. Chandler M J, Lalonde CE. Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In: Kirmayer L, Valaskakis G, editors. *The mental health of Canadian aboriginal peoples: transformations, identity, and community*. Vancouver: University of British Columbia Press; 2008:221–48.
148. Soubrier JP. Collaboration between psychiatrists and other physicians. In: Wasserman D, editor. *Suicide—an unnecessary death*. London: Martin Dunitz Ltd; 2001:231–6.

149. De Leo D, Cimitan A, Dyregrov K, Grad O, Andriessen K, editors. Bereavement after traumatic death – helping the survivors. Boston (MA): Hogrefe Publishing; 2014.
150. Coveney CM, Pollock K, Armstrong S, Moore J. Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline. *Crisis*. 2012;33(6):313–24.
151. Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I et al. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network. *Suicide Life Threat Behav*. 2007;37(3):291–307.
152. Mishara BL, Weisstub DN. Suicide Laws: An International Review. *International Journal of Law and Psychiatry*. (in press).
153. Benson KM. Evidence-based approaches to suicide prevention. In: Lester D, Rogers JR, editors. *Suicide: a global issue, Volume 2: Prevention*. Santa Barbara (CA): ABC-CLIO, LLC; 2013.
154. Framework for program evaluation in public health. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1999 Sep 17;48(RR-11):1–40.
155. Naciones Unidas, 1996. *Prevención del suicidio : directrices para la formulación y la aplicación de estrategias nacionales*. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 1996.
156. Thacker SB, Berkelman RL. Public health surveillance in the United States. *Epidemiol Rev*. 1988;10:164–90.
157. How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2007 (<http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtochange/barrierstochange.jsp>, accessed 22 April 2014).
158. Developing an effective evaluation plan. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2011.
159. De Leo D, Evans RW. *International suicide rates and prevention strategies*. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004.
160. Wasserman D. Evaluating suicide prevention: various approaches needed. *World Psychiatry*. 2004;3:153–4.
161. Wasserman GA, McReynolds LS, Musabegovic H, Whited AL, Keating JM, Huo Y. Evaluating Project Connect: improving juvenile probationers' mental health and substance use service access. *Adm Policy Ment Health*. 2009;36(6):393–405.
162. *Suicide Prevention Strategy 2013–2016*. Edinburgh: Scottish Government; 2013 (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/12/7616/downloads#res439429>, accessed 14 April 2014).
163. *National Strategy for Suicide Prevention: goals and objectives for action. A Report of the U.S. Surgeon General and of the National Action Alliance for Suicide Prevention*. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services; 2012.
164. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AL. Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Stud*. 2012; 36(7):605–26.
165. Khan MM, Hyder AA. Suicides in the developing world: case study from Pakistan. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(1):76–81.
166. Mitchell P, editor. *Valuing young lives: evaluation of the national youth suicide prevention strategy*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies; 2000.
167. Scott A, Guo B, editors. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? HEN synthesis report*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2012.
168. Zechmeister I, Kilian R, McDaid D. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. *BMC Public Health*, 2008;22(8):20.
169. Wickramasinghe K, Steele P, Dawson A, Dharmaratne D, Gunawardena A, Senarathna L et al. Cost to government health-care services of treating acute self-poisonings in a rural district in Sri Lanka. *Bull World Health Organ*. 2009;87:180–5.
170. Van Spijker BA, Majo MC, Smit F, van Straten A, Kerkhof A. Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. *J Med Internet Res*. 2012;14:e141.
171. Byford S, Knapp M, Greenshields J, Ukoumunne OC, Jones V, Thompson S et al. Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: a decision-making approach. *Psychol Med*. 2003;33:977–86.
172. Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman JL, Magnus A et al, editors. *Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE-Prevention): final report*. Brisbane and Melbourne: University of Queensland and Deakin University; 2010.
173. *Saving lives: our healthier nation*. London: Secretary of State for Health; 1999 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, accessed 5 May 2014).
174. *National suicide prevention strategy for England. Annual report on progress*. London: National Mental Health Development Unit; 2009 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265576/4386.pdf, accessed 5 May 2014).

Anexos

Anexo 1. Frecuencia y tasas estimadas de suicidio, por sexo y edad, 2000 y 2012*

País (calidad de los datos de mortalidad**)	Sexo	Número de suicidios (todas las edades), 2012	Tasas brutas de suicidio, todas las edades y específicas por edades (por 100 000), 2012						Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2012	Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2000	% cambio en las tasas de suicidio normalizadas según la edad, 2000-2012
			Todas las edades	5-14 años	15-29 años	30-49 años	50-69 años	70+ años			
Afganistán (4)	Ambos sexos	1 205	4,0	0,8	7,5	6,1	8,3	12,6	5,7	6,1	-5,9%
	Mujeres	643	4,4	0,9	9,8	5,4	5,4	8,5	5,3	4,7	14,4%
	Hombres	562	3,7	0,7	5,1	6,7	11,4	17,9	6,2	7,6	-17,6%
Albania (2)	Ambos sexos	205	6,5	0,8	5,3	7,0	9,1	19,3	5,9	7,0	-15,3%
	Mujeres	93	5,9	1,0	4,9	5,8	8,3	17,4	5,2	5,6	-7,0%
	Hombres	112	7,1	0,6	5,7	8,3	9,9	21,4	6,6	8,5	-22,0%
Alemania (1)	Ambos sexos	10 745	13,0	0,3	7,7	12,7	16,9	23,7	9,2	11,1	-17,0%
	Mujeres	2 621	6,2	0,2	3,1	5,6	8,0	11,6	4,1	5,2	-20,2%
	Hombres	8 124	20,0	0,3	12,0	19,4	26,0	40,7	14,5	17,5	-17,4%
Angola (4)	Ambos sexos	2 206	10,6	2,3	21,4	17,4	13,7	18,8	13,8	9,2	50,3%
	Mujeres	612	5,8	1,9	11,7	8,2	7,9	10,7	7,3	4,4	64,8%
	Hombres	1 594	15,5	2,7	31,3	26,8	20,2	29,3	20,7	14,3	45,1%
Arabia Saudita (2)	Ambos sexos	98	0,3	0,1	0,6	0,3	0,5	1,8	0,4	0,6	-27,6%
	Mujeres	19	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,9	0,2	0,3	-29,6%
	Hombres	78	0,5	0,1	0,8	0,4	0,7	2,6	0,6	0,9	-29,4%
Argelia (4)	Ambos sexos	677	1,8	0,3	2,2	2,1	2,5	6,1	1,9	2,2	-12,8%
	Mujeres	277	1,5	0,3	2,0	1,6	1,8	5,1	1,5	1,9	-16,8%
	Hombres	400	2,1	0,4	2,3	2,6	3,2	7,3	2,3	2,6	-10,6%
Argentina (2)	Ambos sexos	4 418	10,8	1,1	13,8	10,9	15,8	21,6	10,3	12,4	-17,1%
	Mujeres	901	4,3	0,9	5,3	4,7	5,9	7,0	4,1	5,1	-20,4%
	Hombres	3 517	17,5	1,2	21,9	17,3	26,9	45,6	17,2	20,6	-16,5%
Armenia (2)	Ambos sexos	98	3,3	0,3	2,8	3,6	4,6	8,8	2,9	3,2	-8,1%
	Mujeres	17	1,2	0,2	0,9	0,7	1,2	5,2	0,9	1,0	-5,2%
	Hombres	81	5,3	0,4	4,3	6,4	8,3	14,0	5,0	5,9	-14,8%
Australia (1)	Ambos sexos	2 679	11,6	0,6	12,2	17,2	13,2	12,9	10,6	11,9	-10,6%
	Mujeres	649	5,6	0,8	6,5	7,9	6,2	5,4	5,2	5,0	4,6%
	Hombres	2 030	17,7	0,4	17,5	26,5	20,4	22,2	16,1	18,9	-15,1%
Austria (1)	Ambos sexos	1 319	15,6	1,0	9,5	14,3	21,5	32,9	11,5	16,3	-29,7%
	Mujeres	330	7,6	0,7	3,3	6,5	12,2	14,0	5,4	7,4	-27,2%
	Hombres	989	23,9	1,3	15,5	22,1	31,3	61,2	18,2	26,7	-32,1%
Azerbaiján (2)	Ambos sexos	154	1,7	0,2	1,6	1,8	2,6	5,2	1,7	1,7	-4,6%
	Mujeres	48	1,0	0,2	1,2	0,8	1,3	4,3	1,0	0,9	17,6%
	Hombres	106	2,3	0,3	2,1	2,9	4,1	6,6	2,4	2,7	-12,8%
Bahamas (2)	Ambos sexos	9	2,3	0,2	1,0	1,8	4,5	14,8	2,3	3,0	-23,6%
	Mujeres	3	1,4	0,2	0,6	0,9	2,2	9,2	1,3	2,1	-39,7%
	Hombres	6	3,3	0,3	1,4	2,7	7,1	23,6	3,6	4,2	-13,2%
Bahrein (2)	Ambos sexos	95	7,3	1,1	8,7	8,2	8,9	36,4	8,1	8,0	0,1%
	Mujeres	11	2,2	0,3	2,9	2,2	3,2	16,6	2,9	3,0	-3,4%
	Hombres	85	10,3	1,7	12,1	11,0	12,2	57,1	11,6	11,8	-1,8%
Bangladesh (4)	Ambos sexos	10 167	6,6	1,0	8,1	6,4	13,6	28,9	7,8	7,8	-0,1%
	Mujeres	5 773	7,6	1,3	10,8	6,6	13,9	31,6	8,7	8,2	5,8%
	Hombres	4 394	5,6	0,7	5,5	6,1	13,4	26,4	6,8	7,3	-6,8%
Barbados (2)	Ambos sexos	7	2,6	0,2	2,2	2,2	4,0	8,1	2,3	3,4	-33,6%
	Mujeres	1	0,7	0,1	0,5	0,6	0,8	2,5	0,6	1,0	-44,7%
	Hombres	6	4,6	0,3	3,7	3,7	7,4	16,7	4,1	6,0	-31,3%
Belarús (1)	Ambos sexos	2 051	21,8	0,9	20,1	27,2	26,0	31,7	18,3	35,5	-48,4%
	Mujeres	400	7,9	0,5	6,2	8,9	9,5	13,4	6,4	8,8	-27,9%
	Hombres	1 651	37,8	1,2	33,4	46,6	47,0	76,6	32,7	66,2	-50,6%
Bélgica (1)	Ambos sexos	1 955	17,7	0,7	9,5	24,1	24,6	25,1	14,2	18,0	-21,1%
	Mujeres	548	9,7	0,5	4,9	11,1	16,4	12,4	7,7	9,2	-16,4%
	Hombres	1 407	25,9	0,8	14,0	36,8	33,0	43,8	21,0	27,4	-23,1%
Belize (1)	Ambos sexos	6	2,0	0,3	1,6	2,7	2,5	21,9	2,6	3,9	-32,6%
	Mujeres	1	0,6	0,0	1,2	0,8	0,0	0,0	0,5	0,6	-12,1%
	Hombres	6	3,5	0,5	1,9	4,7	5,0	48,6	4,9	7,3	-32,2%
Benin (4)	Ambos sexos	368	3,7	0,7	5,5	4,5	8,0	26,5	5,7	6,0	-5,5%
	Mujeres	105	2,1	0,5	3,1	2,2	5,0	14,1	3,1	3,2	-2,2%
	Hombres	262	5,2	1,0	7,9	6,7	11,3	44,7	8,8	9,6	-7,7%
Bolivia (2)	Ambos sexos	1 224	11,7	4,8	20,6	13,3	12,0	13,9	12,2	12,5	-2,2%
	Mujeres	450	8,6	4,9	17,2	7,7	5,5	8,6	8,5	9,3	-9,4%
	Hombres	774	14,8	4,8	23,9	19,1	19,2	20,9	16,2	15,9	2,0%

País (calidad de los datos de mortalidad**)	Sexo	Número de suicidios (todas las edades), 2012	Tasas brutas de suicidio, todas las edades y específicas por edades (por 100 000), 2012						Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2012	Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2000	% cambio en las tasas de suicidio normalizadas según la edad, 2000-2012
			Todas las edades	5-14 años	15-29 años	30-49 años	50-69 años	70+ años			
Bosnia y Herzegovina (2)	Ambos sexos	532	13,9	0,4	6,8	13,2	23,8	29,0	10,8	12,0	-10,6%
	Mujeres	114	5,8	0,3	1,4	4,4	10,3	15,1	4,1	4,9	-16,5%
	Hombres	418	22,3	0,5	12,0	22,1	38,8	48,2	18,0	20,2	-10,7%
Botswana (4)	Ambos sexos	64	3,2	0,6	4,5	3,8	5,2	12,6	3,8	4,1	-7,8%
	Mujeres	17	1,7	0,3	2,2	1,4	3,4	8,7	2,0	2,3	-11,8%
	Hombres	48	4,7	0,8	6,9	5,9	7,4	19,4	5,7	6,2	-7,0%
Brasil (1)	Ambos sexos	11 821	6,0	0,4	6,7	8,4	8,0	9,8	5,8	5,3	10,4%
	Mujeres	2 623	2,6	0,3	2,6	3,7	3,8	3,3	2,5	2,1	17,8%
	Hombres	9 198	9,4	0,4	10,7	13,3	12,7	18,5	9,4	8,7	8,2%
Brunei Darussalam (2)	Ambos sexos	25	6,2	0,2	6,0	8,0	11,2	15,1	6,4	5,5	16,9%
	Mujeres	10	4,9	0,2	4,5	6,1	9,3	13,7	5,2	4,2	24,2%
	Hombres	15	7,4	0,2	7,5	10,0	13,0	16,7	7,7	6,8	12,6%
Bulgaria (2)	Ambos sexos	1 054	14,5	0,8	8,0	14,4	21,2	24,1	10,8	15,5	-30,5%
	Mujeres	288	7,7	0,5	3,2	6,9	10,6	14,9	5,3	8,0	-34,3%
	Hombres	766	21,6	1,1	12,5	21,5	33,1	38,6	16,6	23,5	-29,3%
Burkina Faso (4)	Ambos sexos	485	3,0	0,6	4,8	3,9	6,4	21,5	4,8	4,8	0,0%
	Mujeres	151	1,8	0,4	2,9	1,9	4,5	12,7	2,8	2,6	8,1%
	Hombres	334	4,1	0,8	6,7	5,9	9,0	36,0	7,3	7,6	-3,8%
Burundi (4)	Ambos sexos	1 617	16,4	5,2	27,3	21,0	29,2	82,4	23,1	19,6	17,8%
	Mujeres	401	8,0	4,2	11,4	7,0	16,7	70,8	12,5	10,3	21,7%
	Hombres	1216	25,0	6,3	44,2	35,1	41,7	96,5	34,1	29,6	15,4%
Bután (4)	Ambos sexos	119	16,0	1,9	15,7	24,6	28,8	37,9	17,8	23,8	-25,1%
	Mujeres	35	10,2	1,4	13,1	14,2	16,7	19,1	11,2	16,1	-30,5%
	Hombres	83	20,9	2,4	18,0	32,4	38,2	53,0	23,1	30,6	-24,5%
Cabo Verde (4)	Ambos sexos	19	3,9	0,3	2,5	2,7	7,2	38,7	4,8	5,4	-12,3%
	Mujeres	4	1,5	0,1	0,6	0,8	2,8	14,2	1,6	2,0	-18,2%
	Hombres	16	6,4	0,6	4,3	4,5	12,8	77,7	9,1	10,0	-8,7%
Camboya (4)	Ambos sexos	1 339	9,0	2,1	13,0	12,8	9,4	15,8	9,4	11,5	-18,0%
	Mujeres	474	6,2	1,8	8,7	6,9	9,2	11,5	6,5	8,5	-24,2%
	Hombres	865	11,9	2,4	17,2	19,2	9,7	21,9	12,6	14,9	-15,2%
Camerún (4)	Ambos sexos	1 070	4,9	1,2	7,9	6,0	8,6	30,5	7,0	6,8	3,1%
	Mujeres	257	2,4	0,7	3,2	2,7	5,6	15,1	3,4	3,4	0,9%
	Hombres	814	7,5	1,7	12,5	9,2	11,8	49,6	10,9	10,5	3,6%
Canadá (1)	Ambos sexos	3 983	11,4	0,6	10,0	15,2	15,6	11,3	9,8	11,0	-11,1%
	Mujeres	958	5,5	0,5	5,2	7,1	8,0	3,3	4,8	4,9	-2,8%
	Hombres	3 026	17,5	0,6	14,6	23,2	23,5	22,0	14,9	17,2	-13,5%
Chad (4)	Ambos sexos	336	2,7	0,5	4,1	4,0	7,4	21,4	4,7	4,5	4,2%
	Mujeres	81	1,3	0,4	1,7	1,5	4,8	10,6	2,3	2,1	8,5%
	Hombres	255	4,1	0,7	6,4	6,5	10,3	34,5	7,4	7,2	2,4%
Chile (1)	Ambos sexos	2 262	13,0	1,0	16,5	16,0	16,2	16,8	12,2	10,7	14,3%
	Mujeres	533	6,0	1,1	8,0	7,9	6,9	5,0	5,8	2,9	98,6%
	Hombres	1 729	20,0	0,9	24,8	24,2	26,1	33,9	19,0	19,1	-0,7%
China (3)	Ambos sexos	120 730	8,7	0,5	4,2	5,1	15,7	51,5	7,8	19,4	-59,6%
	Mujeres	67 542	10,1	0,5	5,9	7,1	17,0	47,7	8,7	21,7	-59,7%
	Hombres	53 188	7,4	0,4	2,7	3,2	14,4	55,8	7,1	17,4	-59,3%
Chipre (1)	Ambos sexos	58	5,2	0,0	5,9	7,8	5,0	4,7	4,7	1,3	269,8%
	Mujeres	9	1,6	0,0	2,4	2,0	1,5	1,5	1,5	1,1	41,5%
	Hombres	49	8,6	0,0	9,0	13,1	8,6	8,7	7,7	1,5	416,9%
Colombia (1)	Ambos sexos	2 517	5,3	1,1	8,0	6,4	6,6	7,1	5,4	7,0	-22,8%
	Mujeres	471	1,9	1,2	3,6	1,6	2,2	0,4	1,9	3,0	-35,6%
	Hombres	2 046	8,7	0,9	12,4	11,4	11,5	16,3	9,1	11,3	-19,3%
Comoras (4)	Ambos sexos	75	10,5	1,9	12,9	13,0	28,6	82,1	16,9	15,6	8,6%
	Mujeres	21	6,0	1,5	6,5	5,5	16,3	67,0	10,3	9,6	7,4%
	Hombres	54	14,9	2,2	19,2	20,5	41,4	101,6	24,0	21,9	9,7%
Congo (4)	Ambos sexos	338	7,8	1,4	14,4	11,7	10,1	16,8	9,6	10,5	-8,7%
	Mujeres	82	3,8	1,0	6,7	5,3	5,3	9,1	4,6	5,6	-17,6%
	Hombres	256	11,8	1,7	22,1	18,1	15,1	26,2	14,7	15,6	-5,6%
Costa Rica (1)	Ambos sexos	331	6,9	0,6	7,9	10,4	8,5	7,2	6,7	7,0	-3,7%
	Mujeres	53	2,2	0,2	3,2	3,2	2,5	0,6	2,2	1,8	24,6%
	Hombres	278	11,4	1,0	12,3	17,4	14,5	15,1	11,2	12,1	-7,8%
Côte d'Ivoire (4)	Ambos sexos	1 063	5,4	1,5	8,5	6,8	9,1	26,7	7,4	6,5	15,0%
	Mujeres	279	2,9	1,0	4,1	3,7	6,2	13,7	4,1	3,5	16,3%
	Hombres	785	7,8	2,0	12,8	9,7	11,4	37,7	10,6	9,2	15,5%
Croacia (1)	Ambos sexos	709	16,5	0,4	8,0	14,6	23,2	37,2	11,6	16,4	-29,1%
	Mujeres	155	7,0	0,1	2,7	5,1	9,7	16,0	4,5	6,9	-35,5%
	Hombres	554	26,7	0,6	13,0	23,9	37,8	73,0	19,8	27,4	-27,8%

País (calidad de los datos de mortalidad**)	Sexo	Número de suicidios (todas las edades), 2012	Tasas brutas de suicidio, todas las edades y específicas por edades (por 100 000), 2012						Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2012	Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2000	% cambio en las tasas de suicidio normalizadas según la edad, 2000-2012
			Todas las edades	5-14 años	15-29 años	30-49 años	50-69 años	70+ años			
Cuba (1)	Ambos sexos	1 648	14,6	0,8	6,0	14,8	24,4	36,1	11,4	14,6	-21,9%
	Mujeres	334	6,0	1,5	1,5	4,2	13,4	12,0	4,5	8,7	-48,1%
	Hombres	1 315	23,2	0,1	10,2	25,0	35,7	65,1	18,5	20,8	-11,3%
Dinamarca (1)	Ambos sexos	625	11,2	0,2	5,7	12,9	18,3	16,9	8,8	12,0	-27,0%
	Mujeres	154	5,5	0,1	2,9	5,1	9,8	8,4	4,1	6,0	-31,6%
	Hombres	471	17,0	0,2	8,4	20,7	26,9	28,2	13,6	18,4	-26,2%
Djibouti (4)	Ambos sexos	92	10,7	1,8	12,5	9,8	22,7	85,3	15,1	14,7	2,9%
	Mujeres	27	6,3	1,4	6,4	4,4	13,4	69,9	9,5	9,3	2,1%
	Hombres	65	15,0	2,2	18,5	15,1	32,4	103,9	20,9	20,2	3,4%
Ecuador (2)	Ambos sexos	1 377	8,9	2,0	15,7	8,6	10,7	15,9	9,2	8,9	3,4%
	Mujeres	410	5,3	1,8	10,9	4,0	4,4	9,4	5,3	5,7	-8,0%
	Hombres	967	12,5	2,2	20,4	13,4	17,4	23,4	13,2	12,1	9,0%
Egipto (2)	Ambos sexos	1 264	1,6	0,3	1,9	2,0	2,4	5,3	1,7	2,6	-33,6%
	Mujeres	433	1,1	0,2	1,3	1,2	1,6	4,2	1,2	2,1	-45,3%
	Hombres	831	2,1	0,4	2,4	2,8	3,3	7,1	2,4	3,1	-24,1%
El Salvador (2)	Ambos sexos	806	12,8	1,6	17,6	18,1	17,5	20,6	13,6	13,7	-1,3%
	Mujeres	191	5,8	1,8	9,6	5,9	6,5	6,9	5,7	7,5	-24,5%
	Hombres	615	20,6	1,5	25,8	34,0	32,1	39,3	23,5	21,3	10,1%
Emiratos Árabes Unidos (4)	Ambos sexos	274	3,0	0,4	3,8	3,1	3,4	13,7	3,2	3,7	-12,9%
	Mujeres	31	1,1	0,2	1,8	1,0	1,9	10,9	1,7	2,5	-32,7%
	Hombres	243	3,8	0,5	4,7	3,7	4,1	15,3	3,9	4,3	-9,0%
Eritrea (4)	Ambos sexos	510	8,3	1,0	8,3	11,6	35,0	79,0	16,3	16,4	-0,4%
	Mujeres	124	4,0	0,6	3,0	4,1	18,0	57,8	8,7	9,2	-5,5%
	Hombres	386	12,6	1,3	13,6	19,4	55,1	116,6	25,8	25,3	2,0%
Eslovaquia (1)	Ambos sexos	687	12,6	0,3	7,6	13,7	21,6	17,5	10,1	12,6	-20,0%
	Mujeres	90	3,2	0,1	1,7	3,0	5,5	5,4	2,5	4,3	-42,1%
	Hombres	597	22,5	0,4	13,3	24,1	39,7	40,0	18,5	21,8	-15,2%
Eslovenia (1)	Ambos sexos	354	17,1	0,2	8,4	15,6	26,8	32,2	12,4	25,2	-51,0%
	Mujeres	71	6,8	0,0	1,5	4,4	14,0	11,1	4,4	12,3	-64,6%
	Hombres	283	27,5	0,5	14,8	26,0	39,6	67,5	20,8	39,8	-47,8%
España (1)	Ambos sexos	3 296	7,1	0,1	3,0	7,8	9,6	13,9	5,1	6,4	-20,3%
	Mujeres	730	3,1	0,0	1,1	3,5	4,5	5,2	2,2	2,9	-24,1%
	Hombres	2 566	11,1	0,1	4,9	11,9	15,0	26,6	8,2	10,4	-20,7%
Estados Unidos de América (1)	Ambos sexos	43 361	13,7	0,8	12,7	17,4	20,1	16,5	12,1	9,8	24,2%
	Mujeres	9 306	5,8	0,5	4,7	8,0	9,2	4,0	5,2	3,8	36,6%
	Hombres	34 055	21,8	1,0	20,4	26,9	31,7	33,8	19,4	16,2	19,9%
Estonia (1)	Ambos sexos	226	17,5	1,6	13,3	15,6	25,1	33,6	13,6	25,0	-45,9%
	Mujeres	46	6,6	0,0	3,7	3,1	7,3	19,5	3,8	9,5	-59,7%
	Hombres	181	30,2	3,0	22,6	28,3	47,8	65,5	24,9	43,6	-42,8%
Etiopía (4)	Ambos sexos	6 852	7,5	1,7	10,7	8,1	15,9	61,3	11,5	13,1	-12,7%
	Mujeres	1 781	3,9	1,2	4,1	2,7	9,5	52,2	6,7	7,5	-11,1%
	Hombres	5 071	11,1	2,1	17,2	13,6	22,9	71,4	16,5	18,9	-13,0%
Ex República Yugoslava de Macedonia (1)	Ambos sexos	140	6,7	0,2	2,1	6,0	13,9	15,1	5,2	6,7	-22,0%
	Mujeres	45	4,2	0,0	1,1	4,4	7,1	11,8	3,2	4,0	-20,0%
	Hombres	96	9,1	0,3	3,0	7,6	20,9	19,6	7,3	9,4	-22,5%
Federación de Rusia (1)	Ambos sexos	31 997	22,4	1,7	27,3	26,5	22,6	32,1	19,5	35,0	-44,4%
	Mujeres	5 781	7,5	1,3	8,0	7,5	6,9	15,4	6,2	9,6	-34,9%
	Hombres	26 216	39,7	2,2	46,1	46,8	43,7	72,3	35,1	64,3	-45,3%
Fiji (2)	Ambos sexos	52	5,9	0,3	3,8	6,1	14,5	36,5	7,3	8,5	-13,7%
	Mujeres	14	3,2	0,2	1,7	2,6	7,8	27,0	4,1	5,5	-25,4%
	Hombres	38	8,5	0,3	5,8	9,4	21,3	48,4	10,6	11,5	-8,4%
Filipinas (1)	Ambos sexos	2 558	2,7	0,3	4,3	3,8	3,3	4,6	2,9	2,6	13,5%
	Mujeres	550	1,1	0,3	2,2	1,3	1,0	1,9	1,2	1,4	-13,0%
	Hombres	2 009	4,2	0,3	6,4	6,3	5,8	8,6	4,8	3,9	24,4%
Finlandia (1)	Ambos sexos	901	16,7	0,3	18,8	21,0	21,2	16,5	14,8	20,8	-28,9%
	Mujeres	224	8,1	0,1	10,7	10,0	10,9	5,6	7,5	10,0	-25,3%
	Hombres	677	25,5	0,5	26,6	31,5	31,8	33,3	22,2	31,8	-30,2%
Francia (1)	Ambos sexos	10 093	15,8	0,6	7,6	19,3	23,1	28,9	12,3	14,9	-17,2%
	Mujeres	2 618	7,9	0,5	3,2	8,8	13,0	12,7	6,0	7,4	-19,5%
	Hombres	7 475	24,2	0,6	11,8	29,9	34,1	54,0	19,3	23,3	-17,4%
Gabón (4)	Ambos sexos	114	7,0	0,9	12,0	8,8	9,6	20,4	8,2	7,9	3,8%
	Mujeres	31	3,8	0,8	6,2	4,5	5,7	12,1	4,5	4,3	3,0%
	Hombres	83	10,1	1,1	17,6	13,1	13,7	31,5	12,1	11,7	3,2%
Gambia (4)	Ambos sexos	58	3,2	0,8	5,4	4,3	6,3	20,9	5,0	5,2	-3,1%
	Mujeres	15	1,6	0,5	2,3	2,2	4,3	9,9	2,6	2,7	-4,8%
	Hombres	43	4,9	1,2	8,7	6,6	8,3	31,7	7,6	7,7	-1,9%

País (calidad de los datos de mortalidad**)	Sexo	Número de suicidios (todas las edades), 2012	Tasas brutas de suicidio, todas las edades y específicas por edades (por 100 000), 2012						Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2012	Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2000	% cambio en las tasas de suicidio normalizadas según la edad, 2000-2012
			Todas las edades	5-14 años	15-29 años	30-49 años	50-69 años	70+ años			
Georgia (2)	Ambos sexos	165	3,8	0,4	2,9	4,4	4,7	8,1	3,2	4,3	-26,1%
	Mujeres	32	1,4	0,1	1,4	0,8	1,3	4,4	1,0	1,4	-25,2%
	Hombres	132	6,4	0,6	4,5	8,4	8,8	14,3	5,7	7,6	-25,3%
Ghana (4)	Ambos sexos	577	2,3	0,5	3,4	2,4	4,1	13,7	3,1	2,6	18,0%
	Mujeres	205	1,6	0,4	2,0	1,6	3,5	9,6	2,2	1,8	19,4%
	Hombres	372	3,0	0,6	4,7	3,3	4,8	19,7	4,2	3,4	23,4%
Grecia (2)	Ambos sexos	548	4,9	0,1	3,0	5,9	6,4	7,6	3,8	3,4	10,5%
	Mujeres	99	1,8	0,0	0,9	1,9	2,4	2,8	1,3	1,2	8,5%
	Hombres	449	8,2	0,1	5,0	9,7	10,6	14,1	6,3	5,7	10,3%
Guatemala (2)	Ambos sexos	1 101	7,3	1,5	12,8	10,3	9,9	15,0	8,7	7,2	20,6%
	Mujeres	317	4,1	1,5	8,4	4,5	3,3	4,9	4,3	3,4	27,2%
	Hombres	784	10,7	1,6	17,2	17,5	17,4	26,7	13,7	11,4	20,1%
Guinea (4)	Ambos sexos	377	3,3	0,9	5,3	4,0	5,9	17,7	4,7	4,7	-1,3%
	Mujeres	95	1,7	0,6	2,3	1,8	3,9	9,1	2,4	2,5	-3,7%
	Hombres	282	4,9	1,2	8,2	6,1	8,1	28,2	7,1	7,1	-0,7%
Guinea Ecuatorial (4)	Ambos sexos	102	13,9	2,7	24,8	18,3	19,5	30,1	16,6	13,8	20,4%
	Mujeres	26	7,4	2,1	14,3	7,5	10,4	16,4	8,6	6,3	35,6%
	Hombres	76	20,1	3,2	35,2	28,1	27,2	44,8	24,1	20,8	15,9%
Guinea-Bissau (4)	Ambos sexos	51	3,1	0,6	4,8	3,0	6,7	23,1	4,7	4,3	7,9%
	Mujeres	14	1,6	0,4	2,5	1,2	4,1	11,8	2,4	2,4	1,3%
	Hombres	38	4,5	0,8	7,2	4,8	9,4	36,9	7,2	6,6	9,5%
Guyana (2)	Ambos sexos	277	34,8	2,9	29,7	64,0	81,4	95,1	44,2	48,3	-8,5%
	Mujeres	72	18,3	2,8	17,6	29,3	38,5	51,1	22,1	24,6	-10,0%
	Hombres	205	50,8	2,9	41,6	98,3	126,6	206,9	70,8	72,2	-1,9%
Haití (2)	Ambos sexos	235	2,3	1,1	2,5	2,9	4,6	8,0	2,8	3,1	-9,7%
	Mujeres	107	2,1	1,3	2,4	2,3	3,8	6,3	2,4	2,5	-5,6%
	Hombres	128	2,5	0,9	2,6	3,7	5,4	10,1	3,3	3,8	-13,0%
Honduras (4)	Ambos sexos	386	4,9	1,4	7,3	6,5	7,1	9,6	5,5	5,6	-2,1%
	Mujeres	110	2,8	1,2	5,3	2,8	2,0	3,0	2,8	2,9	-4,5%
	Hombres	277	7,0	1,5	9,3	10,3	12,3	17,4	8,3	8,4	-0,8%
Hungria (1)	Ambos sexos	2 519	25,3	0,6	10,9	26,2	41,1	42,3	19,1	25,7	-25,8%
	Mujeres	567	10,8	0,5	3,4	9,2	17,6	20,4	7,4	10,6	-29,7%
	Hombres	1 952	41,2	0,6	18,1	42,8	69,6	84,4	32,4	43,1	-24,7%
India (3)	Ambos sexos	258 075	20,9	2,0	35,5	28,0	20,0	20,9	21,1	23,3	-9,2%
	Mujeres	99 977	16,7	2,4	36,1	17,2	11,1	11,2	16,4	20,3	-19,1%
	Hombres	158 098	24,7	1,6	34,9	38,0	28,9	32,7	25,8	26,2	-1,6%
Indonesia (4)	Ambos sexos	9 105	3,7	0,3	3,6	3,9	7,4	18,4	4,3	5,4	-19,6%
	Mujeres	5 206	4,2	0,4	3,6	4,2	9,0	22,1	4,9	5,9	-18,4%
	Hombres	3 900	3,1	0,2	3,6	3,6	5,8	13,5	3,7	4,7	-21,0%
Irán (República Islámica de) (2)	Ambos sexos	4 069	5,3	0,7	7,8	5,6	5,0	16,1	5,2	7,2	-28,0%
	Mujeres	1 369	3,6	0,6	5,5	3,0	3,7	13,4	3,6	6,4	-43,7%
	Hombres	2 700	7,0	0,8	10,0	8,1	6,5	18,6	6,7	7,9	-15,5%
Iraq (2)	Ambos sexos	376	1,2	0,3	1,4	1,7	2,5	7,1	1,7	1,4	16,0%
	Mujeres	246	1,5	0,3	2,0	2,0	2,7	9,1	2,1	1,9	11,8%
	Hombres	130	0,8	0,2	0,7	1,4	2,1	4,3	1,2	1,0	22,2%
Irlanda (1)	Ambos sexos	524	11,5	0,8	14,5	15,7	15,4	7,1	11,0	12,1	-9,0%
	Mujeres	126	5,5	0,5	6,2	7,4	8,3	3,4	5,2	4,2	23,0%
	Hombres	398	17,5	1,0	23,1	24,2	22,6	12,0	16,9	19,9	-15,3%
Islandia (1)	Ambos sexos	49	15,1	0,0	8,2	28,4	22,9	7,0	14,0	16,4	-14,5%
	Mujeres	12	7,5	0,0	4,5	9,8	17,1	2,5	6,7	6,0	11,8%
	Hombres	37	22,5	0,0	11,9	46,4	28,6	12,5	21,0	26,5	-20,7%
Islas Salomón (4)	Ambos sexos	34	6,3	0,6	6,0	7,5	19,7	61,6	10,6	13,9	-24,0%
	Mujeres	11	4,0	0,5	3,7	3,9	12,4	51,6	7,2	9,7	-26,0%
	Hombres	24	8,4	0,6	8,3	11,1	26,7	71,1	13,9	18,0	-22,9%
Israel (1)	Ambos sexos	470	6,2	0,2	4,7	7,8	11,5	14,7	5,9	6,5	-8,2%
	Mujeres	94	2,4	0,1	1,8	3,3	5,0	3,4	2,3	2,6	-10,7%
	Hombres	377	10,0	0,2	7,4	12,5	18,5	30,3	9,8	10,6	-6,9%
Italia (1)	Ambos sexos	3 908	6,4	0,2	3,4	6,7	8,9	10,8	4,7	5,0	-7,4%
	Mujeres	817	2,6	0,1	1,3	2,7	3,7	4,0	1,9	2,4	-22,4%
	Hombres	3 091	10,5	0,3	5,4	10,7	14,4	20,6	7,6	8,0	-4,3%
Jamaica (2)	Ambos sexos	33	1,2	0,2	1,2	1,4	1,5	4,6	1,2	1,1	4,4%
	Mujeres	10	0,7	0,2	0,8	0,7	0,8	2,7	0,7	0,6	7,8%
	Hombres	23	1,7	0,3	1,5	2,2	2,3	7,0	1,8	1,7	4,2%
Japón (1)	Ambos sexos	29 442	23,1	0,5	18,4	26,8	31,8	25,5	18,5	18,8	-1,9%
	Mujeres	8 554	13,1	0,3	10,8	14,3	16,2	17,1	10,1	9,9	2,1%
	Hombres	20 888	33,7	0,7	25,7	38,9	48,0	37,6	26,9	28,1	-4,0%

País (calidad de los datos de mortalidad**)	Sexo	Número de suicidios (todas las edades), 2012	Tasas brutas de suicidio, todas las edades y específicas por edades (por 100 000), 2012						Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2012	Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2000	% cambio en las tasas de suicidio normalizadas según la edad, 2000-2012
			Todas las edades	5-14 años	15-29 años	30-49 años	50-69 años	70+ años			
Jordania (2)	Ambos sexos	114	1,6	0,3	2,2	2,1	2,7	6,8	2,0	2,4	-15,0%
	Mujeres	54	1,6	0,3	2,4	2,0	2,1	6,1	1,9	2,1	-10,8%
	Hombres	60	1,7	0,3	2,0	2,2	3,3	7,5	2,2	2,7	-18,0%
Kazajstán (1)	Ambos sexos	3 912	24,0	3,2	30,8	34,4	28,8	28,8	23,8	37,6	-36,7%
	Mujeres	788	9,4	2,4	15,0	10,5	9,5	11,9	9,3	12,6	-26,1%
	Hombres	3 123	39,8	4,0	46,6	59,8	53,6	63,4	40,6	66,9	-39,3%
Kenya (4)	Ambos sexos	4 647	10,8	2,4	16,2	13,2	21,4	78,7	16,2	16,5	-1,6%
	Mujeres	1 050	4,9	1,6	5,7	4,3	10,9	62,4	8,4	9,2	-8,8%
	Hombres	3 597	16,7	3,2	26,8	22,0	33,2	98,8	24,4	24,0	1,7%
Kirguistán (1)	Ambos sexos	476	8,7	0,8	11,6	13,3	11,3	14,4	9,2	15,4	-40,2%
	Mujeres	123	4,4	0,4	7,3	5,5	3,1	12,2	4,5	5,8	-22,2%
	Hombres	353	13,1	1,2	15,9	21,3	21,0	17,9	14,2	26,0	-45,1%
Kuwait (1)	Ambos sexos	33	1,0	0,3	1,4	1,3	1,2	0,0	0,9	1,4	-35,0%
	Mujeres	12	0,9	0,4	1,4	1,3	0,3	0,0	0,8	1,3	-39,4%
	Hombres	21	1,1	0,2	1,3	1,3	1,7	0,0	1,0	1,4	-33,6%
Lesotho (4)	Ambos sexos	110	5,4	1,4	8,3	6,3	7,2	16,8	6,1	4,0	53,7%
	Mujeres	32	3,1	1,1	4,6	3,0	4,5	10,1	3,4	2,3	49,8%
	Hombres	78	7,7	1,7	12,0	9,6	11,5	27,6	9,2	6,0	53,8%
Letonia (1)	Ambos sexos	419	20,4	0,3	13,8	23,9	30,4	26,2	16,2	29,0	-44,2%
	Mujeres	68	6,1	0,3	2,8	4,9	9,4	10,7	4,3	9,3	-54,1%
	Hombres	351	37,3	0,3	24,5	43,5	58,2	62,4	30,7	52,8	-42,0%
Líbano (4)	Ambos sexos	43	0,9	0,1	0,6	0,6	1,5	5,6	0,9	1,7	-46,4%
	Mujeres	14	0,6	0,1	0,7	0,4	0,6	3,4	0,6	1,2	-52,5%
	Hombres	29	1,2	0,1	0,6	0,8	2,3	7,9	1,2	2,2	-45,5%
Liberia (4)	Ambos sexos	109	2,6	0,5	3,7	2,9	6,7	21,3	4,3	5,0	-14,1%
	Mujeres	26	1,2	0,3	1,5	1,1	4,0	10,1	2,0	2,2	-9,0%
	Hombres	84	4,0	0,6	5,8	4,6	9,6	34,6	6,8	7,9	-14,8%
Libia (4)	Ambos sexos	90	1,5	0,2	1,4	1,7	3,0	8,4	1,8	2,7	-33,7%
	Mujeres	38	1,2	0,2	1,5	1,4	1,7	5,8	1,4	2,0	-31,8%
	Hombres	53	1,7	0,2	1,2	1,9	4,2	11,7	2,2	3,3	-32,9%
Lituania (1)	Ambos sexos	1 007	33,3	0,6	26,8	46,6	43,6	35,3	28,2	44,9	-37,2%
	Mujeres	177	10,9	0,4	6,5	14,0	11,3	20,2	8,4	15,0	-44,4%
	Hombres	830	59,5	0,7	46,5	80,8	86,0	72,5	51,0	79,3	-35,6%
Luxemburgo (1)	Ambos sexos	56	10,8	0,3	6,1	12,9	18,9	13,4	8,7	13,3	-34,7%
	Mujeres	14	5,5	0,0	4,4	5,7	8,0	9,6	4,4	7,1	-38,5%
	Hombres	42	16,1	0,6	7,7	19,9	29,6	19,0	13,0	20,0	-35,0%
Madagascar (4)	Ambos sexos	1 625	7,3	2,2	10,6	8,0	16,0	52,4	11,0	10,8	1,0%
	Mujeres	474	4,2	1,5	5,6	3,2	10,3	44,3	6,9	7,2	-3,6%
	Hombres	1 151	10,4	2,9	15,6	12,9	22,2	61,8	15,2	14,6	3,8%
Malasia (2)	Ambos sexos	772	2,6	0,1	2,3	2,8	5,5	13,3	3,0	4,0	-23,9%
	Mujeres	183	1,2	0,1	1,0	1,1	2,9	7,7	1,5	2,3	-35,4%
	Hombres	588	4,2	0,2	3,8	4,7	8,1	18,6	4,7	5,7	-18,1%
Malawi (4)	Ambos sexos	1 376	8,7	1,6	10,5	9,7	24,7	96,7	16,0	13,1	22,5%
	Mujeres	370	4,7	1,4	5,0	2,8	12,4	70,0	8,9	7,1	26,0%
	Hombres	1 006	12,6	1,8	15,9	16,4	39,4	129,0	23,9	19,6	22,1%
Maldivas (2)	Ambos sexos	17	5,0	0,5	4,1	4,1	11,9	40,2	6,4	20,9	-69,4%
	Mujeres	6	3,6	0,4	2,2	2,4	9,9	36,9	4,9	18,3	-73,0%
	Hombres	11	6,4	0,5	5,9	6,0	13,8	43,0	7,8	23,3	-66,4%
Malí (4)	Ambos sexos	410	2,8	0,6	4,3	3,5	6,3	25,8	4,8	5,2	-7,7%
	Mujeres	129	1,7	0,5	2,9	1,8	4,0	12,6	2,7	2,8	-4,2%
	Hombres	282	3,8	0,6	5,5	5,3	9,2	42,1	7,2	7,8	-8,8%
Malta (1)	Ambos sexos	29	6,8	0,0	4,0	11,2	8,6	5,6	6,0	6,0	-0,3%
	Mujeres	2	0,7	0,0	2,1	0,0	1,2	0,0	0,7	2,2	-68,8%
	Hombres	27	12,8	0,0	5,8	21,8	16,1	13,0	11,1	9,8	13,0%
Marruecos (2)	Ambos sexos	1 628	5,0	0,9	5,9	6,4	7,2	14,4	5,3	2,7	97,8%
	Mujeres	198	1,2	0,2	1,7	1,3	1,3	3,7	1,2	1,3	-6,1%
	Hombres	1 431	8,9	1,5	10,1	12,0	13,5	30,1	9,9	4,2	135,0%
Mauricio (1)	Ambos sexos	105	8,5	0,8	10,7	12,1	8,8	7,4	8,0	9,8	-18,5%
	Mujeres	19	3,0	1,4	4,5	3,0	3,4	2,8	2,9	5,0	-42,7%
	Hombres	86	14,1	0,2	16,8	21,1	14,5	14,4	13,2	14,8	-10,6%
Mauritania (4)	Ambos sexos	68	1,8	0,3	2,4	1,8	4,0	17,6	2,9	3,1	-5,6%
	Mujeres	18	1,0	0,2	1,2	0,8	2,5	9,2	1,5	1,6	-5,6%
	Hombres	49	2,6	0,4	3,5	2,7	5,6	29,1	4,5	4,8	-5,0%
México (1)	Ambos sexos	4 951	4,1	0,9	6,0	5,3	5,1	5,8	4,2	3,6	16,6%
	Mujeres	1 055	1,7	0,8	3,1	2,0	1,3	0,5	1,7	1,1	55,1%
	Hombres	3 896	6,7	1,0	8,9	9,1	9,6	12,7	7,1	6,5	10,0%

País (calidad de los datos de mortalidad**)	Sexo	Número de suicidios (todas las edades), 2012	Tasas brutas de suicidio, todas las edades y específicas por edades (por 100 000), 2012						Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2012	Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2000	% cambio en las tasas de suicidio normalizadas según la edad, 2000-2012
			Todas las edades	5-14 años	15-29 años	30-49 años	50-69 años	70+ años			
Mongolia (4)	Ambos sexos	261	9,4	0,7	8,9	15,7	13,6	19,0	9,8	10,4	-6,3%
	Mujeres	47	3,4	0,3	3,4	4,6	5,4	11,6	3,7	5,6	-34,9%
	Hombres	214	15,5	1,0	14,3	27,1	23,1	29,8	16,3	15,4	5,9%
Montenegro (2)	Ambos sexos	117	18,9	0,8	11,2	17,4	31,0	48,7	15,3	11,3	35,0%
	Mujeres	28	9,0	0,3	3,2	5,8	15,0	30,1	6,4	5,0	28,8%
	Hombres	89	29,0	1,2	18,8	29,3	48,1	74,9	24,7	18,2	36,2%
Mozambique (4)	Ambos sexos	4 360	17,3	5,0	25,2	19,2	36,7	144,7	27,4	24,6	11,5%
	Mujeres	1 639	12,7	4,5	14,2	10,5	29,4	147,9	21,1	19,1	11,0%
	Hombres	2 721	22,1	5,4	36,3	29,3	45,4	140,1	34,2	30,9	10,5%
Myanmar (4)	Ambos sexos	6 558	12,4	1,3	15,7	12,7	19,4	41,7	13,1	12,1	8,2%
	Mujeres	2 704	10,0	1,1	11,8	10,3	15,7	31,6	10,3	10,3	-0,2%
	Hombres	3 854	15,0	1,5	19,8	15,2	23,8	55,8	16,5	14,3	15,5%
Namibia (4)	Ambos sexos	46	2,0	0,4	2,6	2,5	4,3	11,2	2,7	3,0	-7,5%
	Mujeres	13	1,1	0,2	1,3	1,2	2,5	6,0	1,4	1,7	-13,9%
	Hombres	33	3,0	0,6	3,9	3,9	6,8	18,9	4,4	4,5	-2,0%
Nepal (4)	Ambos sexos	5 572	20,3	2,0	25,8	22,3	45,2	82,2	24,9	33,5	-25,7%
	Mujeres	2 468	17,5	2,1	25,4	19,8	29,0	57,5	20,0	27,1	-26,2%
	Hombres	3 104	23,3	1,9	26,2	25,2	61,3	110,3	30,1	40,5	-25,5%
Nicaragua (2)	Ambos sexos	547	9,1	1,4	13,4	13,9	11,5	13,2	10,0	11,5	-13,1%
	Mujeres	146	4,8	1,8	8,1	5,5	4,8	5,5	4,9	6,2	-21,5%
	Hombres	401	13,5	1,0	18,7	22,9	18,8	22,4	15,4	17,0	-9,3%
Niger (4)	Ambos sexos	315	1,8	0,4	2,6	2,3	5,7	19,3	3,5	3,5	2,3%
	Mujeres	87	1,0	0,3	1,4	1,0	3,8	9,9	1,9	1,9	0,5%
	Hombres	227	2,6	0,4	4,0	3,6	7,3	30,8	5,3	5,2	1,1%
Nigeria (4)	Ambos sexos	7 238	4,3	1,3	7,0	5,1	8,9	25,6	6,5	6,4	2,0%
	Mujeres	1 584	1,9	0,8	2,8	1,8	5,0	11,3	2,9	2,6	8,7%
	Hombres	5 653	6,6	1,8	11,0	8,2	12,9	41,6	10,3	10,3	-0,7%
Noruega (1)	Ambos sexos	508	10,2	0,3	10,2	12,9	14,6	10,8	9,1	11,5	-20,4%
	Mujeres	145	5,8	0,3	5,5	7,6	8,6	5,2	5,2	5,5	-5,6%
	Hombres	364	14,6	0,3	14,7	18,0	20,4	18,5	13,0	17,5	-25,4%
Nueva Zelandia (1)	Ambos sexos	459	10,3	1,3	13,0	13,2	12,6	10,7	9,6	12,2	-21,4%
	Mujeres	122	5,4	0,9	7,3	7,1	5,5	5,5	5,0	4,3	15,8%
	Hombres	337	15,4	1,7	18,5	19,8	20,1	17,1	14,4	20,6	-29,8%
Omán (2)	Ambos sexos	32	1,0	0,1	1,3	1,0	1,3	3,5	1,0	2,0	-50,3%
	Mujeres	6	0,5	0,1	0,7	0,5	1,0	2,5	0,6	1,2	-52,0%
	Hombres	26	1,3	0,1	1,6	1,3	1,6	4,3	1,2	2,5	-51,4%
Países Bajos (1)	Ambos sexos	1 666	10,0	0,3	6,7	13,0	14,8	11,9	8,2	7,9	3,3%
	Mujeres	496	5,9	0,1	3,6	7,9	8,4	7,4	4,8	5,1	-7,0%
	Hombres	1 171	14,1	0,5	9,7	18,0	21,1	18,2	11,7	10,9	6,9%
Pakistán (4)	Ambos sexos	13 377	7,5	1,1	9,1	8,5	16,3	33,7	9,3	9,1	2,6%
	Mujeres	7 085	8,1	1,6	12,0	7,5	15,4	32,5	9,6	9,6	0,3%
	Hombres	6 291	6,8	0,7	6,3	9,4	17,2	34,8	9,1	8,7	5,0%
Panamá (1)	Ambos sexos	170	4,5	0,7	5,8	5,2	8,0	7,6	4,7	6,2	-23,7%
	Mujeres	25	1,3	0,6	3,0	0,4	2,0	0,9	1,3	1,6	-15,8%
	Hombres	146	7,6	0,8	8,4	9,8	14,1	15,2	8,1	10,8	-25,1%
Papua Nueva Guinea (4)	Ambos sexos	550	7,7	0,6	6,5	9,9	27,8	55,1	12,4	14,8	-15,9%
	Mujeres	193	5,5	0,5	4,5	5,2	20,2	52,0	9,1	10,9	-16,8%
	Hombres	356	9,7	0,7	8,4	14,4	36,1	59,8	15,9	18,8	-15,4%
Paraguay (2)	Ambos sexos	357	5,3	0,5	6,3	7,9	9,9	12,2	6,1	6,2	-1,9%
	Mujeres	94	2,8	0,6	3,8	3,4	5,1	6,3	3,2	3,5	-9,5%
	Hombres	262	7,8	0,5	8,7	12,3	14,6	19,0	9,1	9,0	0,9%
Perú (2)	Ambos sexos	942	3,1	0,6	4,9	3,7	3,8	5,2	3,2	4,4	-27,1%
	Mujeres	311	2,1	0,6	4,0	1,9	2,0	3,1	2,1	2,9	-29,6%
	Hombres	631	4,2	0,6	5,8	5,6	5,8	7,7	4,4	6,0	-26,2%
Polonia (2)	Ambos sexos	7 848	20,5	0,5	12,7	24,6	31,2	29,0	16,6	18,5	-10,5%
	Mujeres	1 028	5,2	0,3	2,6	4,7	7,8	10,8	3,8	4,8	-20,1%
	Hombres	6 820	37,0	0,8	22,5	44,2	57,7	61,2	30,5	33,8	-9,8%
Portugal (1)	Ambos sexos	1 324	12,5	0,3	3,8	10,4	16,3	34,8	8,2	8,8	-7,0%
	Mujeres	300	5,5	0,1	1,7	4,7	7,0	13,6	3,5	3,4	4,8%
	Hombres	1 024	19,9	0,6	5,9	16,2	26,6	66,3	13,6	15,1	-9,6%
Qatar (2)	Ambos sexos	95	4,7	0,2	4,6	5,6	6,2	16,1	4,6	4,1	12,6%
	Mujeres	3	0,7	0,1	0,8	0,6	2,0	8,1	1,2	1,9	-34,9%
	Hombres	92	5,9	0,3	5,6	6,7	7,7	20,2	5,7	5,2	10,7%
Reino Unido (1)	Ambos sexos	4 360	6,9	0,1	5,9	10,5	9,2	6,3	6,2	7,8	-21,1%
	Mujeres	960	3,0	0,1	2,5	4,3	4,0	3,1	2,6	3,4	-23,6%
	Hombres	3 400	11,0	0,1	9,1	16,7	14,7	10,5	9,8	12,3	-20,9%

País (calidad de los datos de mortalidad**)	Sexo	Número de suicidios (todas las edades), 2012	Tasas brutas de suicidio, todas las edades y específicas por edades (por 100 000), 2012						Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2012	Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2000	% cambio en las tasas de suicidio normalizadas según la edad, 2000-2012
			Todas las edades	5-14 años	15-29 años	30-49 años	50-69 años	70+ años			
República Árabe Siria (4)	Ambos sexos	77	0,4	0,1	0,4	0,4	0,6	1,7	0,4	0,5	-13,7%
	Mujeres	22	0,2	0,1	0,3	0,2	0,2	0,8	0,2	0,3	-28,1%
	Hombres	55	0,5	0,1	0,5	0,7	1,0	2,8	0,7	0,7	-7,1%
República Centroafricana (4)	Ambos sexos	356	7,9	1,4	13,1	11,6	11,3	17,8	9,5	7,8	22,7%
	Mujeres	100	4,4	1,3	6,7	5,6	7,5	11,8	5,3	4,5	18,4%
	Hombres	256	11,5	1,6	19,6	17,7	15,9	26,1	14,1	11,3	24,6%
República Checa (1)	Ambos sexos	1 663	15,6	0,2	10,6	17,8	23,8	19,4	12,5	13,7	-8,4%
	Mujeres	269	5,0	0,0	3,6	5,5	6,8	7,3	3,9	5,2	-24,8%
	Hombres	1 394	26,6	0,3	17,1	29,5	42,0	39,0	21,5	23,0	-6,5%
República de Corea (1)	Ambos sexos	17 908	36,6	1,2	18,2	35,7	50,4	116,2	28,9	13,8	109,4%
	Mujeres	5 755	23,4	1,0	14,9	23,5	25,3	69,1	18,0	8,1	123,5%
	Hombres	12 153	49,9	1,3	21,3	47,6	76,7	192,1	41,7	20,4	104,6%
República de Moldova (1)	Ambos sexos	566	16,1	2,1	10,1	19,4	28,9	16,6	13,7	15,4	-11,1%
	Mujeres	102	5,5	2,8	3,5	4,8	9,7	8,0	4,8	4,0	20,6%
	Hombres	463	27,8	1,4	16,8	35,0	51,9	33,4	24,1	28,9	-16,8%
República Democrática del Congo (4)	Ambos sexos	5 248	8,0	1,9	14,9	12,5	11,0	15,2	10,1	8,0	26,3%
	Mujeres	1 287	3,9	1,6	7,2	4,9	5,7	8,4	4,8	3,6	32,7%
	Hombres	3 961	12,1	2,3	22,6	20,3	16,8	24,3	15,8	12,8	23,6%
República Democrática Popular Lao (4)	Ambos sexos	422	6,4	0,4	6,9	8,4	15,6	36,4	8,8	14,4	-38,9%
	Mujeres	161	4,8	0,3	4,7	5,6	13,3	29,2	6,6	11,8	-44,2%
	Hombres	261	7,9	0,5	9,1	11,5	18,1	45,9	11,2	17,2	-34,6%
República Dominicana (2)	Ambos sexos	375	3,7	0,4	3,3	4,7	7,1	13,8	4,1	5,9	-31,1%
	Mujeres	95	1,9	0,4	1,4	2,1	4,0	7,9	2,1	3,1	-34,2%
	Hombres	280	5,4	0,3	5,2	7,3	10,3	20,3	6,1	8,6	-29,4%
República Popular Democrática de Corea (4)	Ambos sexos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mujeres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Hombres	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania (4)	Ambos sexos	7 228	15,1	3,5	20,7	17,7	36,8	133,2	24,9	23,8	4,6%
	Mujeres	2 445	10,2	3,1	10,7	8,3	27,5	133,6	18,3	18,6	-1,5%
	Hombres	4 783	20,0	3,9	30,7	26,9	47,2	132,7	31,6	29,1	8,8%
Rumania (1)	Ambos sexos	2 781	12,8	1,0	7,8	15,4	20,6	15,3	10,5	11,3	-7,3%
	Mujeres	418	3,7	0,7	2,2	3,7	5,7	6,3	2,9	3,6	-19,5%
	Hombres	2 364	22,3	1,3	13,0	26,7	37,6	29,3	18,4	19,4	-5,2%
Rwanda (4)	Ambos sexos	865	7,6	1,9	11,1	9,2	15,6	68,0	11,9	18,5	-35,7%
	Mujeres	236	4,0	1,4	4,7	3,3	9,7	59,0	7,2	12,1	-40,3%
	Hombres	629	11,3	2,4	18,0	15,4	22,7	79,1	17,1	25,5	-32,7%
Senegal (4)	Ambos sexos	438	3,2	0,5	4,3	3,8	7,8	30,6	5,4	5,3	0,8%
	Mujeres	119	1,7	0,3	2,2	1,6	4,8	16,2	2,8	3,0	-6,4%
	Hombres	318	4,7	0,7	6,4	6,3	11,7	49,4	8,6	8,1	5,3%
Serbia (1)	Ambos sexos	1 600	16,8	0,1	5,7	15,2	26,8	47,3	12,4	18,5	-32,8%
	Mujeres	411	8,4	0,1	2,8	5,9	12,9	25,6	5,8	9,9	-41,7%
	Hombres	1 189	25,5	0,1	8,5	24,6	41,9	79,8	19,9	28,2	-29,3%
Sierra Leona (4)	Ambos sexos	337	5,6	1,4	10,7	6,0	8,7	25,9	7,7	9,6	-20,1%
	Mujeres	98	3,3	1,0	5,8	3,2	6,4	15,0	4,5	5,2	-13,8%
	Hombres	239	8,1	1,8	15,7	8,9	11,1	37,2	11,0	14,2	-22,6%
Singapur (1)	Ambos sexos	469	8,9	0,7	6,2	8,2	14,4	22,2	7,4	11,1	-32,9%
	Mujeres	168	6,3	0,5	6,0	4,9	10,7	11,5	5,3	7,7	-30,5%
	Hombres	301	11,5	0,8	6,4	11,7	18,0	36,5	9,8	14,7	-33,3%
Somalia (4)	Ambos sexos	815	8,0	2,7	12,7	10,4	16,7	51,0	12,4	12,3	0,6%
	Mujeres	208	4,1	2,3	4,8	3,2	10,2	43,9	6,8	6,7	1,5%
	Hombres	607	12,0	3,2	20,6	17,8	23,7	59,8	18,1	18,0	0,6%
Sri Lanka (2)	Ambos sexos	6 170	29,2	1,2	23,7	31,9	48,3	111,1	28,8	52,7	-45,4%
	Mujeres	1 446	13,4	0,9	10,7	10,1	23,2	63,6	12,8	22,3	-42,5%
	Hombres	4 724	45,8	1,5	36,8	55,0	76,3	172,1	46,4	84,1	-44,8%
Sudáfrica (2)	Ambos sexos	1 398	2,7	0,4	2,8	2,8	5,6	10,5	3,0	3,3	-8,8%
	Mujeres	280	1,0	0,2	1,0	0,9	2,2	4,3	1,1	1,0	7,7%
	Hombres	1 117	4,4	0,6	4,5	4,7	10,3	22,4	5,5	6,1	-10,5%
Sudán (4)	Ambos sexos	4 286	11,5	3,0	15,0	14,3	25,3	80,8	17,2	15,2	12,9%
	Mujeres	1 340	7,2	2,6	8,1	6,2	18,2	72,8	11,5	10,6	8,4%
	Hombres	2 946	15,8	3,5	21,8	22,4	32,9	90,1	23,0	19,9	15,8%
Sudán del Sur (4)	Ambos sexos	1 470	13,6	4,1	19,6	15,7	27,3	85,2	19,8	20,8	-4,8%
	Mujeres	443	8,2	3,5	9,5	7,1	18,4	76,8	12,8	12,9	-1,3%
	Hombres	1 027	18,9	4,6	29,6	24,4	36,8	95,4	27,1	28,9	-6,3%
Suecia (1)	Ambos sexos	1 255	13,2	0,5	11,9	14,1	21,0	15,2	11,1	11,5	-3,6%
	Mujeres	341	7,1	0,8	5,3	8,2	12,1	6,8	6,1	7,0	-12,9%
	Hombres	914	19,3	0,2	18,2	19,8	29,8	26,2	16,2	16,3	-0,6%

País (calidad de los datos de mortalidad**)	Sexo	Número de suicidios (todas las edades), 2012	Tasas brutas de suicidio, todas las edades y específicas por edades (por 100 000), 2012						Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2012	Tasas de suicidio normalizadas según la edad*** (por 100 000), 2000	% cambio en las tasas de suicidio normalizadas según la edad, 2000-2012
			Todas las edades	5-14 años	15-29 años	30-49 años	50-69 años	70+ años			
Suiza (1)	Ambos sexos	972	12,2	0,2	7,6	11,5	19,6	20,1	9,2	15,6	-40,9%
	Mujeres	269	6,6	0,1	4,4	5,9	11,7	8,8	5,1	8,4	-39,3%
	Hombres	703	17,8	0,4	10,8	17,1	27,5	36,2	13,6	23,5	-42,1%
Suriname (1)	Ambos sexos	145	27,2	2,9	28,2	37,9	46,6	47,9	27,8	19,8	40,4%
	Mujeres	32	11,9	2,8	20,7	7,2	19,8	22,6	11,9	9,7	22,3%
	Hombres	114	42,4	3,1	35,5	67,4	75,2	84,4	44,5	29,7	50,0%
Swazilandia (4)	Ambos sexos	65	5,3	1,4	8,7	6,4	6,4	17,3	6,2	5,6	10,6%
	Mujeres	22	3,5	1,0	5,6	3,9	5,1	10,6	4,1	3,6	11,5%
	Hombres	43	7,2	1,8	11,8	9,1	8,0	27,0	8,6	7,9	8,8%
Tailandia (2)	Ambos sexos	8 740	13,1	0,6	8,7	10,8	20,2	53,1	11,4	15,1	-24,6%
	Mujeres	1 816	5,3	0,4	3,6	3,4	8,5	23,0	4,5	6,6	-32,0%
	Hombres	6 924	21,2	0,9	13,9	18,5	33,2	92,2	19,1	24,6	-22,4%
Tayikistán (2)	Ambos sexos	258	3,2	0,4	3,6	4,6	8,2	11,9	4,2	5,0	-15,2%
	Mujeres	85	2,1	0,2	2,6	2,6	5,4	9,4	2,8	3,4	-17,6%
	Hombres	173	4,3	0,5	4,7	6,6	11,2	14,9	5,7	6,6	-13,4%
Timor-Leste (4)	Ambos sexos	60	5,4	0,7	9,0	7,4	11,9	27,8	8,0	12,1	-34,0%
	Mujeres	23	4,2	0,6	7,3	4,0	10,3	22,0	5,8	8,3	-29,8%
	Hombres	37	6,6	0,8	10,7	10,6	13,6	34,5	10,2	15,8	-35,6%
Togo (4)	Ambos sexos	247	3,7	1,0	6,1	4,1	7,2	22,5	5,5	4,9	12,8%
	Mujeres	64	1,9	0,6	2,8	1,9	4,7	11,3	2,8	2,6	8,0%
	Hombres	183	5,6	1,3	9,5	6,3	10,1	36,6	8,5	7,5	13,2%
Trinidad y Tabago (1)	Ambos sexos	193	14,4	0,6	7,6	22,2	25,1	17,4	13,0	12,6	3,8%
	Mujeres	46	6,9	0,2	4,2	13,3	7,5	6,8	6,2	4,5	36,4%
	Hombres	146	22,1	1,0	10,9	31,1	43,4	32,7	20,4	20,8	-2,0%
Túnez (4)	Ambos sexos	262	2,4	0,3	2,7	2,8	3,0	7,3	2,4	2,5	-5,6%
	Mujeres	76	1,4	0,2	1,5	1,4	1,7	5,6	1,4	1,6	-17,2%
	Hombres	186	3,5	0,4	3,9	4,4	4,3	9,3	3,4	3,4	0,9%
Turkmenistán (2)	Ambos sexos	1 003	19,4	2,1	25,7	30,3	22,8	18,4	19,6	15,2	28,9%
	Mujeres	197	7,5	1,2	12,0	8,0	9,4	12,0	7,5	7,0	8,0%
	Hombres	806	31,7	2,9	39,3	53,5	38,5	28,6	32,5	24,0	35,1%
Turquía (2)	Ambos sexos	5 898	8,0	2,7	12,4	10,3	4,2	16,4	7,9	12,6	-37,8%
	Mujeres	1 613	4,3	1,8	7,6	4,2	2,2	9,8	4,2	7,9	-47,0%
	Hombres	4 285	11,8	3,6	17,0	16,6	6,6	25,5	11,8	17,8	-33,4%
Ucrania (1)	Ambos sexos	9 165	20,1	1,4	19,5	24,4	22,9	28,8	16,8	29,8	-43,6%
	Mujeres	1 690	6,9	0,9	5,5	6,3	7,8	13,7	5,3	9,1	-41,2%
	Hombres	7 474	35,6	1,8	32,8	43,4	43,3	61,7	30,3	54,5	-44,4%
Uganda (4)	Ambos sexos	4 323	11,9	3,8	19,3	15,8	26,0	91,8	19,5	18,6	5,1%
	Mujeres	1 278	7,1	3,0	10,0	6,9	16,4	80,7	12,3	11,2	10,0%
	Hombres	3 045	16,7	4,5	28,5	24,6	35,9	105,2	26,9	26,2	2,5%
Uruguay (1)	Ambos sexos	469	13,8	0,3	12,1	14,6	19,5	34,4	12,1	14,7	-17,9%
	Mujeres	108	6,2	0,1	3,8	7,4	7,4	16,0	5,2	4,9	4,5%
	Hombres	361	22,0	0,5	20,2	21,9	33,3	65,9	20,0	26,2	-23,9%
Uzbekistán (1)	Ambos sexos	2 184	7,7	1,0	8,6	10,0	14,4	19,1	8,5	10,4	-18,5%
	Mujeres	538	3,8	0,5	4,9	4,0	6,1	11,8	4,1	4,9	-16,7%
	Hombres	1 646	11,6	1,4	12,2	16,3	23,5	29,5	13,2	16,3	-19,0%
Venezuela (República Bolivariana de) (1)	Ambos sexos	748	2,5	0,4	3,2	3,5	3,1	5,7	2,6	6,8	-61,3%
	Mujeres	141	1,0	0,6	1,2	1,0	1,4	1,4	1,0	1,9	-48,7%
	Hombres	607	4,0	0,3	5,2	6,0	4,8	10,9	4,3	11,8	-63,3%
Viet Nam (4)	Ambos sexos	4 600	5,1	0,4	5,0	5,1	7,7	20,5	5,0	5,7	-12,2%
	Mujeres	1 169	2,5	0,3	1,8	1,4	4,2	15,1	2,4	3,0	-20,7%
	Hombres	3 431	7,7	0,5	8,1	8,7	11,7	30,5	8,0	8,8	-9,2%
Yemen (4)	Ambos sexos	733	3,1	0,8	5,2	4,6	3,8	6,7	3,7	3,6	0,3%
	Mujeres	320	2,7	0,7	5,1	3,3	2,7	5,3	3,0	3,0	1,0%
	Hombres	413	3,4	0,9	5,2	5,8	5,1	8,3	4,3	4,4	-0,2%
Zambia (4)	Ambos sexos	1 346	9,6	3,0	15,4	10,4	21,5	82,7	15,7	24,4	-35,4%
	Mujeres	433	6,1	3,0	8,2	4,3	14,0	79,2	10,8	18,8	-42,8%
	Hombres	913	13,0	2,9	22,7	16,4	29,3	87,0	20,8	29,9	-30,3%
Zimbabwe (4)	Ambos sexos	2 281	16,6	4,1	30,9	18,5	16,4	41,6	18,1	19,2	-5,7%
	Mujeres	619	8,9	3,8	15,3	7,7	9,8	28,9	9,7	10,1	-4,0%
	Hombres	1 663	24,6	4,4	46,7	29,0	25,1	58,5	27,2	28,8	-5,6%

* En 172 Estados Miembros de la OMS con 300 000 o más habitantes. Estas son las mejores estimaciones de la OMS, computadas utilizando categorías, definiciones y métodos estándar para asegurar la comparabilidad entre países y no pueden ser las mismas que las estimaciones nacionales oficiales. Se han redondeado a las cifras significativas apropiadas.

** 1. Registros vitales completos con al menos cinco años de datos; 2. Registros vitales con baja cobertura, una proporción alta de causas indeterminadas o ningún resultado reciente; 3. Registro de muestras de la población nacional; 4. No hay registro de datos vitales.

*** Normalizadas atendiendo a la población mundial estándar de la OMS.

Anexos

Anexo 2. Estados Miembros de la OMS agrupados por regiones de la OMS e ingresos promedio per cápita*

<p>Ingresos altos</p>	<p>Andorra, Antigua y Barbuda, Australia, Austria, Bahamas, Bahrein, Barbados, Bélgica, Brunei Darussalam, Canadá, Chile, Croacia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Kuwait, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Países Bajos, Nueva Zelandia, Noruega, Omán, Polonia, Portugal, Qatar, República de Corea, Federación de Rusia, Saint Kitts y Nevis, San Marino, Arabia Saudita, Singapur, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Trinidad y Tabago, Emiratos Árabes Unidos, Reino Unido, Estados Unidos de América, Uruguay</p>												
<p>Ingresos bajos y medianos</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="300 763 528 1137"> <p>Región OMS de África</p> </td> <td data-bbox="528 763 1439 1137"> <p>Argelia, Angola, Benín, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, República Centroafricana, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo, Eritrea, Etiopía, Guinea Ecuatorial, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mauricio, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia, Zimbabwe</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1137 528 1368"> <p>Región OMS de las Américas</p> </td> <td data-bbox="528 1137 1439 1368"> <p>Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Granada, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Venezuela (República Bolivariana de)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1368 528 1514"> <p>Región OMS de Asia Sudoriental</p> </td> <td data-bbox="528 1368 1439 1514"> <p>Bangladesh, Bután, República Popular Democrática de Corea, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1514 528 1704"> <p>Región OMS de Europa</p> </td> <td data-bbox="528 1514 1439 1704"> <p>Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Hungría, Kazajstán, Kirguistán, Montenegro, República de Moldova, Rumania, Serbia, Tayikistán, Ex República Yugoslava de Macedonia, Turquía, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1704 528 1895"> <p>Región OMS del Mediterráneo Oriental</p> </td> <td data-bbox="528 1704 1439 1895"> <p>Afganistán, Djibouti, Egipto, Irán (República Islámica de), Iraq, Jordania, Líbano, Libia, Marruecos, Pakistán, Somalia, Sudán del Sur**, Sudán, República Árabe Siria, Túnez, Yemen</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1895 528 2069"> <p>Región OMS del Pacífico Occidental</p> </td> <td data-bbox="528 1895 1439 2069"> <p>Camboya, China, Islas Cook, Fiji, Kiribati, República Democrática Popular Lao, Malasia, Islas Marshall, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nauru, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Samoa, Islas Salomón, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam</p> </td> </tr> </tbody> </table>	<p>Región OMS de África</p>	<p>Argelia, Angola, Benín, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, República Centroafricana, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo, Eritrea, Etiopía, Guinea Ecuatorial, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mauricio, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia, Zimbabwe</p>	<p>Región OMS de las Américas</p>	<p>Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Granada, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Venezuela (República Bolivariana de)</p>	<p>Región OMS de Asia Sudoriental</p>	<p>Bangladesh, Bután, República Popular Democrática de Corea, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste</p>	<p>Región OMS de Europa</p>	<p>Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Hungría, Kazajstán, Kirguistán, Montenegro, República de Moldova, Rumania, Serbia, Tayikistán, Ex República Yugoslava de Macedonia, Turquía, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán</p>	<p>Región OMS del Mediterráneo Oriental</p>	<p>Afganistán, Djibouti, Egipto, Irán (República Islámica de), Iraq, Jordania, Líbano, Libia, Marruecos, Pakistán, Somalia, Sudán del Sur**, Sudán, República Árabe Siria, Túnez, Yemen</p>	<p>Región OMS del Pacífico Occidental</p>	<p>Camboya, China, Islas Cook, Fiji, Kiribati, República Democrática Popular Lao, Malasia, Islas Marshall, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nauru, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Samoa, Islas Salomón, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam</p>
<p>Región OMS de África</p>	<p>Argelia, Angola, Benín, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, República Centroafricana, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, República Democrática del Congo, Eritrea, Etiopía, Guinea Ecuatorial, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mauricio, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia, Zimbabwe</p>												
<p>Región OMS de las Américas</p>	<p>Argentina, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Granada, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Venezuela (República Bolivariana de)</p>												
<p>Región OMS de Asia Sudoriental</p>	<p>Bangladesh, Bután, República Popular Democrática de Corea, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste</p>												
<p>Región OMS de Europa</p>	<p>Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Georgia, Hungría, Kazajstán, Kirguistán, Montenegro, República de Moldova, Rumania, Serbia, Tayikistán, Ex República Yugoslava de Macedonia, Turquía, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán</p>												
<p>Región OMS del Mediterráneo Oriental</p>	<p>Afganistán, Djibouti, Egipto, Irán (República Islámica de), Iraq, Jordania, Líbano, Libia, Marruecos, Pakistán, Somalia, Sudán del Sur**, Sudán, República Árabe Siria, Túnez, Yemen</p>												
<p>Región OMS del Pacífico Occidental</p>	<p>Camboya, China, Islas Cook, Fiji, Kiribati, República Democrática Popular Lao, Malasia, Islas Marshall, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nauru, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Samoa, Islas Salomón, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam</p>												

*En esta clasificación regional, los Estados Miembros de la OMS se ordenan por grupos regionales de la OMS al 2012, y según los ingresos en el ejercicio económico 2014, de acuerdo con la clasificación analítica de las economías por el Banco Mundial, que se basa en las estimaciones del ingreso nacional bruto per cápita del Atlas del 2012 (Banco Mundial, lista de economías, julio del 2013).

**Sudán del Sur fue reasignado a la región de África de la OMS en mayo del 2013. Como esta revisión de las estimaciones mundiales sobre salud corresponde a períodos anteriores a esta fecha, las estimaciones correspondientes a Sudán del Sur están incluidas en las cifras indicadas para la Región OMS del Mediterráneo Oriental.

Los suicidios se cobran un costo alto. Más de 800 000 personas mueren cada año por suicidio, y esta es la segunda causa principal de muerte entre personas de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que, por cada adulto que se suicidó, posiblemente más de otros 20 intentaron suicidarse.

Los suicidios son prevenibles. Para que las respuestas nacionales sean eficaces, se necesita una estrategia integral multisectorial de prevención.

La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse da buenos resultados. Una estrategia eficaz para prevenir los suicidios y los intentos de suicidio es restringir el acceso a los medios más frecuentes, incluidos plaguicidas, armas de fuego y ciertos medicamentos.

Los servicios de salud tienen que incorporar la prevención del suicidio como un componente central. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a que se cometan muchos suicidios en todo el mundo. La identificación temprana y el manejo eficaz son fundamentales para conseguir que las personas reciban la atención que necesiten.

Las comunidades desempeñan una función crucial en la prevención del suicidio. Pueden prestar apoyo social a los individuos vulnerables y ocuparse del seguimiento, luchar contra la estigmatización y apoyar a quienes han perdido a seres queridos que se han suicidado.

Para más información, favor contactar:

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud,
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention



9 789275 318508