

Informe C

# Prevención activa del suicidio

## Una mirada integral de la conducta suicida en España

<b>Introducción</b>	<b>1</b>	<b>Intervenciones selectivas</b>	<b>15</b>
		Grupos demográficos	15
<b>Situación y enfoque preventivo en España</b>	<b>2</b>	Personas en riesgo de exclusión social y aislamiento	16
Datos y tendencias a nivel nacional	2	Víctimas de violencia	16
Enfoque preventivo actual y marco europeo	3	Enfermedad y dolor crónico, adicciones y trastornos mentales	17
<b>Un desafío complejo: entender la conducta suicida</b>	<b>4</b>	Reducir la vulnerabilidad: intervención comunitaria y los <i>gatekeepers</i> o guardianes	17
El estigma y la mirada social	4		
Un fenómeno poliédrico: dificultades conceptuales y datos insuficientes	5	<b>Intervenciones indicadas: atención en crisis y el sistema de salud</b>	<b>18</b>
Naturaleza multifactorial, abierta, dinámica y heterogénea	5	Formación de todo el personal sanitario	18
		Intervención e intervinientes en crisis	18
<b>Componentes para una respuesta integral multinivel</b>	<b>10</b>	Evaluación de la conducta suicida: del riesgo a la evaluación terapéutica	19
Mejorar el conocimiento previo: situación, datos y vigilancia	11	Cadena de atención y seguimiento	20
Enfoque intersectorial: políticas para un entorno protector	11	Tratamiento especializado de la conducta suicida	20
		<b>Posvención: el cuidado de las personas supervivientes y afectadas</b>	<b>21</b>
<b>Intervenciones universales</b>	<b>12</b>		
Restricción del acceso a medios letales	12	<b>Una responsabilidad compartida</b>	<b>22</b>
Prevención en los contextos educativos	12		
Comunicación responsable y sensibilización: medios, internet y redes sociales	14	<b>Ideas fuerza</b>	<b>23</b>
Líneas telefónicas de ayuda gratuitas 24h	15		
		<b>Bibliografía</b>	<b>I-XII</b>

### Cómo citar este informe:

Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C). Informe C. Prevención activa del suicidio. (2024) [www.doi.org/10.57952/sy3a-8f56](https://www.doi.org/10.57952/sy3a-8f56)

## Personal experto consultado (por orden alfabético)

**Al-Halabí, Susana**<sup>1</sup>. Profesora titular, Universidad de Oviedo, España.

**Ansean, Andoni**. Presidente de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, España.

**Ayuso Mateos, Jose Luis**. Catedrático, Universidad Autónoma de Madrid. Investigador Principal, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España.

**Baca García, Enrique**<sup>1</sup>. Catedrático, Universidad Autónoma de Madrid. Jefe del departamento de psiquiatría, Hospital Fundación Jiménez Díaz. España.

**Beceiro Rico, Melania**<sup>1</sup>. Psicóloga clínica, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Instructora YAM con experiencia en centros educativos.

**Blanco, Cristina**<sup>1</sup>. Profesora titular, Universidad del País Vasco. Presidenta de la Asociación Vasca de Suicidología (AIDATU), España.

**Camacho, Idoia**<sup>1</sup>. Profesora titular, Universidad del País Vasco, España.

**Courtet, Philippe**<sup>1</sup>. Catedrático, Universidad de Montpellier. Jefe de Departamento, Hospital Universitario de Montpellier, Francia. Presidente de la Sección de Prevención del Suicidio de la Asociación Psiquiátrica Europea.

**de la Torre Luque, Alejandro**<sup>1</sup>. Profesor permanente laboral, Universidad Complutense de Madrid. Investigador CIBERSAM y coordinador, Plataforma Nacional para el Estudio y la Prevención del Suicidio.

**Fonseca-Pedrero, Eduardo**<sup>1</sup>. Catedrático de Psicología, Universidad de La Rioja, España.

**Gabilondo Cuellar, Andrea**<sup>1</sup>. Directora de la Red de Salud Mental Guipuzkoa. Osakidetza - Servicio Vasco de Salud.

**Goñi Sarriés, Adriana**<sup>1</sup>. Psicóloga clínica, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. España.

**Hausmann-Stabile, Carolina**<sup>1</sup>. Directora, Salud de la Población (Mental health; Division of Systems Integration, Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services). Ciudad de Filadelfia. EE. UU.

**Jiménez Pietropalo, Javier**<sup>1</sup>. Responsable del Equipo de Intervención Psicosocial de la Policía Nacional. Presidente de la Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (RedAIPIS-FAeDS). España.

**Martínez-Alés García, Gonzalo**<sup>1</sup>. Psiquiatra y epidemiólogo, Escuela Icahn de Medicina en el Hospital Monte Sinai y Universidad de Harvard, EE. UU.

**Morell García, María Francisca**<sup>1</sup>. Psicóloga general sanitaria. Presidenta de Familiares y Amigos Supervivientes por Suicidio de las Islas Baleares.

**Navarro Gómez, Noelia**<sup>1</sup>. Profesora Ayudante Doctor, Universidad de Málaga. España.

**Oquendo, María**<sup>1</sup>. Catedrática, Universidad de Pensilvania. Presidenta de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. EE. UU.

**Perera Soler, Yaiza**<sup>1</sup>. Jefa de sección de El Mundo, periodista experta en comunicación sobre prevención de suicidio y coordinadora del proyecto Once Vidas.

**Saíz, Pilar Alejandra**<sup>1</sup>. Catedrática de Psiquiatría, Universidad de Oviedo. Investigadora Principal Grupo Universidad de Oviedo-CIBERSAM. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). España.

**Triñanes, Yolanda**<sup>1</sup>. Técnica, Unidad de Asesoramiento Científico-Técnico (Avalia-t), Agencia Gallega de Conocimiento en Salud (ACIS). Investigadora, Universidad de Santiago de Compostela.

**Tubío Rey, Sergio**<sup>1</sup>. Bombero. Coordinador del Grupo de capacitación de intervención en tentativa suicida del cuerpo de Bomberos del Ayuntamiento de Madrid.

**Vallejo Sánchez, Beatriz**<sup>1</sup>. Doctora en Psicología, Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental, Servicio de Salud de Castilla La Mancha.

### EQUIPO C (por orden alfabético)

Este informe ha sido liderado por:

**Jose L. Roscales**. Técnico de evidencia científica y tecnológica.

El equipo de trabajo está compuesto por:

*Coordinación*

**Ana Elorza**. Coordinadora de la Oficina C en la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología.

**Pedro Peña**. Letrado de las Cortes Generales. Director de Estudios, Análisis y Publicaciones.

*Equipo técnico*

**Bárbara Cosculluela**. Letrada de las Cortes Generales. Jefa de Departamento de Asuntos Europeos.

**Cristina Fernández-García**. Técnica de conexión con la comunidad científica y la sociedad.

**Maite Iriondo de Hond**. Técnica de evidencia científica y tecnológica.

**Rüdiger Ortiz-Álvarez**. Técnico de evidencia científica y tecnológica.

**Sofía Otero**. Técnica de evidencia científica y tecnológica.

*Equipo en prácticas:*

**Claudia Pereira Domingues**. Técnica en prácticas de la Oficina C.

**Nelly Pérez Gutiérrez**. Técnica en prácticas de la Oficina C.

## Método de elaboración

Los Informes C son documentos sobre los temas seleccionados por la Mesa del Congreso que contextualizan y resumen la evidencia científica disponible para el tema de análisis. Además, recogen las áreas de consenso, disenso, las incógnitas y los debates en curso. Su proceso de elaboración se fundamenta en una exhaustiva revisión bibliográfica que se complementa con entrevistas individuales y metodologías de consulta participativa basadas en el diálogo estructurado con el personal experto. El informe es revisado posteriormente por el personal experto consultado. La Oficina C colabora con la Dirección de Documentación, Biblioteca y Archivo del Congreso de los Diputados en este proceso.

Para la redacción del presente informe la Oficina C ha referenciado 551 documentos y consultado a un total de 23 personas expertas en la materia. Se trata de un grupo multidisciplinar en el que el 56 % pertenece a las ciencias sociales (psicología, sociología, ciencias de la comunicación, trabajo social y educación), el 35 % pertenece a las ciencias de la vida (medicina -psiquiatría y epidemiología- y neurobiología) y el 9 % a otros sectores (cuerpos de policía y bomberos). El 78 % trabaja en centros o instituciones españolas mientras que el 22 % lo hace al menos en una institución extranjera.

La Oficina C es la responsable del contenido del informe y actúa como supervisora editorial del mismo.

<sup>1</sup> Especialistas que también han participado en la revisión total o parcial del informe.

La conducta suicida es uno de los problemas de salud pública más desafiantes para el entendimiento humano y la explicación científica. En 2022 (último año con cifras oficiales definitivas publicadas), España registró el récord de 4.227 muertes por esta causa, convirtiéndola en la principal causa de muerte externa. Las cifras estimadas de intentos de suicidio llegan a multiplicar por 20 este número.

### Relevancia

El drama e impacto que supone es innegable. Genera un profundo sufrimiento individual que se extiende a familiares y allegados, y es exacerbado por el estigma que aún hoy arrastra la conducta suicida. De hecho, los expertos señalan que, en la mayoría de los casos, las personas no buscan acabar con su vida, sino con su sufrimiento. Además, el fenómeno repercute y tiene implicaciones a múltiples niveles, incluyendo aspectos sanitarios, económicos, laborales o educativos, entre otros muchos.

**En contra de lo que se pueda pensar, la comunidad experta destaca que se trata de un fenómeno prevenible.** En España, la prevención de la conducta suicida aún requiere avances significativos y puede reforzarse mediante la aplicación del conocimiento existente y la evaluación de las acciones desarrolladas.

Este informe ofrece una visión integral de la conducta suicida para mejorar el conocimiento sobre el fenómeno, las principales barreras existentes para su prevención en el contexto español y la evidencia científica disponible que puede ayudar a solventarlas.

### Entender la conducta suicida

El manejo y prevención de la conducta suicida requiere primero ahondar en su comprensión.

La conducta suicida va más allá de la muerte por esta causa e incluye un amplio conjunto de pensamientos y comportamientos relacionado con quitarse intencionadamente la vida. Los primeros incluyen los deseos de muerte o la ideación suicida, entre otros. Los segundos abarcan la comunicación sobre intenciones o planes para quitarse la vida, y los actos suicidas. Estos últimos, además de la muerte por suicidio, diferencian el intento de suicidio y la autolesión, que puede o no incluir intención suicida. Los pensamientos y comportamientos señalados no necesariamente se producen de forma lineal y un intento puede darse sin que exista apenas ideación o comunicación. En España, actualmente, solo existen datos oficiales de muertes por suicidio. Además, no hay estimaciones precisas sobre otros aspectos relacionados, como el impacto socioeconómico del fenómeno.

Existen disensos teóricos y aún no se comprenden completamente cómo emergen y cuáles son los procesos y factores que implican el paso de unas manifestaciones a otras. La conducta suicida es multifactorial, heterogénea y dinámica: convergen factores individuales, familiares y sociales por lo que se asume que el

suicidio no se produce por una única razón. Además, estas razones son diferentes para cada persona y varían con el tiempo. Por ejemplo, los pensamientos suicidas pueden variar en horas, detonarse ante situaciones concretas, etc. Los datos en España reflejan que la mortalidad varía con la edad y otros muchos factores (el sexo, el área geográfica, nivel económico, etc.). Cualquier explicación simplista o unicausal del suicidio es necesariamente reduccionista y, por tanto, debe ser rechazada.

La evidencia señala que se trata de un fenómeno en el que interaccionan factores psicológicos, biológicos y sociales, lo que incluye aspectos culturales, educativos, políticos, económicos o laborales, entre otros muchos. Aunque son muchos los factores relacionados en la bibliografía especializada, es importante recalcar que no se trata de mecanismos causales de la conducta suicida y su capacidad predictiva es muy limitada: no explican con precisión por qué algunas personas se suicidan y otras, que pueden presentar los mismos factores, no.

Por todo ello, el abordaje de la conducta suicida requiere un enfoque holístico y multisectorial que, además, permita poner el foco en la persona, su contexto y su situación vital. Así, prevenirla puede entenderse, como prevenir y reducir el sufrimiento y mejorar la calidad de vida en todos los ámbitos. Se trata de proporcionar los recursos individuales y sociales necesarios para que las personas en crisis puedan enfrentar los problemas y dilemas que sus vidas les presentan. Por lo tanto, la prevención de la conducta suicida requiere un enfoque comunitario y general que no se limita al ámbito de la salud. Incluye, entre otros, sectores como educación, economía, derechos sociales, igualdad o vivienda, y otros sectores o agentes con un papel activo en la prevención como los medios de comunicación o la sociedad civil.

### En el foco: barreras e intervenciones basadas en evidencia

La comunidad experta señala que la prevención de la conducta suicida enfrenta múltiples desafíos en el contexto español. Destaca la necesidad de combatir el estigma y los mitos, ya que invisibilizan el problema, aumentan el sufrimiento y dificultan la búsqueda de ayuda. La sensibilización, empatía y apoyo social e institucional y la formación son clave para salvar vidas. Ampliar y mejorar la recopilación de datos, más allá de la mortalidad, es otro aspecto de gran importancia. Puede, junto con la dotación de recursos adecuados, permitir una definición de objetivos más precisa y una evaluación a medio y largo plazo. Los avances quedan también condicionados ante la necesidad de personal especializado, formado en conducta suicida, en todos los ámbitos relacionados. También se requiere una mayor dotación de recursos económicos y herramientas administrativas de carácter nacional que faciliten la implementación, la coordinación y la ejecución de las estrategias.

La complejidad de la conducta suicida es otra barrera importante. Dificulta la prevención, al no existir un único objetivo claro para el tratamiento y la prevención. Se relaciona con la falta de herramientas clínicas eficaces para predecir el *quién* y el *cuándo*. Por todo ello, es necesario que la prevención combine medidas universales, dirigidas al conjunto de la población, así como selectivas, para grupos de población vulnerables, e indicadas, dedicadas a personas que muestran conducta suicida en cualquiera de sus formas. Igualmente, requiere incorporar el cuidado de familiares y allegados de las personas que han fallecido por suicidio para que puedan disponer del apoyo y recursos necesarios, lo que se conoce como *posvención*.

Las medidas universales consideradas más efectivas incluyen la restricción de medios letales y los programas escolares de prevención. Aunque aún se necesita más evidencia para evaluar su eficacia, también se recomiendan la formación y la comunicación responsable en medios de comunicación, la sensibilización ciudadana y la implantación de líneas de ayuda telefónicas y en internet.

Las intervenciones selectivas se dirigen a grupos vulnerables, como personas mayores, profesionales como sanitarios, militares o policías, grupos en riesgo de exclusión social (personas sin hogar, LGTBIQ+, población reclusa, etc.), víctimas de violencia, personas con enfermedades crónicas o trastornos mentales, y quienes sufren adicciones. La formación de *guardianes* o *"gatekeepers"*, para reconocer a personas en riesgo en contextos específicos y conectarlas con los servicios de ayuda, se considera una de las estrategias más efectivas en la prevención selectiva, aunque aún requiere de más estudios.

En el caso de personas que ya muestran conductas suicidas, las acciones indicadas que cuentan con una mayor eficacia reconocida son el uso de tratamientos psicológicos y farmacológicos con eficacia probada científicamente y la continuidad en la cadena asistencial. Las sigue el seguimiento de las personas en riesgo, por ejemplo, a través de las denominadas intervenciones breves. El enfoque terapéutico para la mejora de los procesos de evaluación y la formación en conducta suicida son también recomendables, aunque

el nivel de evidencia en torno a ellas es algo menor. La última está indicada para todo el personal sanitario, incluido personal de salud mental, y todos los intervinientes en situación de crisis (sanitarios, cuerpos de bomberos o policía, etc.). Las nuevas tecnologías, como internet, la inteligencia artificial o dispositivos móviles, pueden también favorecer la evaluación de la conducta suicida y su prevención en el medio-largo plazo.



### Horizonte

La comunidad experta subraya que, ante la complejidad del fenómeno, son necesarias herramientas de gestión que permitan actuar de forma multisectorial y coordinada. Por ello, señalan especialmente la necesidad de una norma o estrategia específica de nivel nacional que incluya una visión: multidimensional (a nivel universal, selectivo e indicado), integral (abarcando las distintas formas de la conducta suicida), multifactorial (que involucre a todos los sectores relacionados y actúe a nivel de gobierno o transversalmente), independiente (autonomía y recursos propios) y basada en la evidencia científica. Existen modelos en países de nuestro entorno y estudios sobre el tipo de estrategias y su efectividad. Su desarrollo requiere, además, de la participación y colaboración de todos los agentes involucrados: poderes públicos, personal experto e investigador, empresas, medios de comunicación, educadores, cualquier otro sector relacionado y la participación social. Cada persona puede reflexionar sobre cómo, desde su ámbito personal o profesional, puede reducir el sufrimiento, fortalecer vínculos y ofrecer esperanza a las personas afectadas. La prevención del suicidio es una cuestión que involucra al conjunto de la sociedad.



# Prevención activa del suicidio

## Introducción

**La conducta suicida es un problema de salud pública que se puede prevenir y que genera un importante impacto a múltiples niveles.**

**Incluye un amplio conjunto de pensamientos y comportamientos relacionados con quitarse intencionadamente la vida, que van más allá de la muerte por suicidio.**

La conducta suicida constituye un importante reto de salud pública a nivel global<sup>1-5</sup> y también en España<sup>6-9</sup>. Aunque puede considerarse uno de los problemas más desafiantes para el entendimiento humano y la explicación científica, es también un fenómeno prevenible<sup>3,4,7,8,10-13</sup>.

El **suicidio** puede definirse como el acto por el que un individuo intencionalmente pone fin a su propia vida<sup>14,15</sup>. Sigue siendo una de las principales **causas externas** de mortalidad a nivel mundial<sup>10,15,16</sup>. En España, a pesar de que las cifras se consideran subestimadas<sup>17</sup>, los datos récord de 2022 la colocan como la principal causa externa de muerte, muy por encima de otras como los accidentes de tráfico<sup>7,18</sup>. En cualquier caso, más allá de las cifras, se reconoce que la mayoría de las personas que intentan o logran suicidarse no persiguen dejar de vivir, sino poner fin al fuerte sufrimiento que padecen<sup>15,19,20</sup>. Dicho sufrimiento, se extiende más allá del individuo, ya que el drama que supone el suicidio impacta fuertemente sobre las familias y allegados y tiene importantes repercusiones a nivel social<sup>21-26</sup>.

El término comúnmente usado es conducta suicida, un concepto bastante más diverso y complejo que la muerte por suicidio. Hace referencia a un conjunto más amplio de pensamientos y comportamientos relacionados con quitarse intencionadamente la vida<sup>14,15,27</sup>. Los pensamientos incluyen la **ideación y el plan suicidas**. Los comportamientos integran la **comunicación y los actos suicidas**. Estos últimos, además de la muerte por suicidio, diferencian el **intento de suicidio** y la **autolesión**, que puede o no incluir intención suicida<sup>28-32</sup>. No obstante, existen diferentes definiciones, nomenclaturas y sistemas de clasificación, sin que exista un consenso general al respecto<sup>15,27,33-36</sup>.

La prevención de la conducta suicida enfrenta importantes barreras inherentes a su complejidad, multicausalidad, dinamismo y heterogeneidad<sup>5,15</sup>. Además, el fuerte estigma y los múltiples mitos que lo rodean amplifican el sufrimiento y la incomprensión, y dificultan la petición de ayuda y el conocimiento de los aspectos involucrados<sup>37</sup> (**Cuadro 1**). Requiere, por tanto, empatía y una mirada integral y multinivel que pueda alcanzar a toda la población y se aleje de aproximaciones y explicaciones simplistas o unicasales<sup>38-42</sup>, como señala la evidencia científica y la experiencia nacional e internacional en torno a su prevención<sup>7,43-52</sup>. La comunidad experta destaca que en España la prevención aún requiere avances significativos y una mayor transferencia del conocimiento desarrollado<sup>44,53-55</sup>. Subraya, entre otros aspectos, la falta de una estrategia específica a nivel nacional<sup>1,3,4,7,8,42,44,47,52,56-58</sup>.

- **Suicidio:** Existen múltiples definiciones. La OMS establece que es un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando el resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados. Otras definiciones hacen más énfasis en aspectos como la intencionalidad, la naturaleza positiva (hacer) o negativa (dejar de hacer) de la acción. Normalmente se considera como suicidio la muerte por lesión, envenenamiento o asfixia que cuenta con evidencia de dicha intención.
- **Causas externas de muerte:** Son aquellas que resultan de factores ajenos a enfermedades o condiciones médicas internas del cuerpo. El Instituto Nacional de Estadística recoge bajo este epígrafe múltiples causas de muerte, incluido el suicidio.
- **Ideación suicida:** Manifestación de pensamientos, deseos o planes relacionados con el acto de acabar intencionadamente con la propia vida. Puede variar en intensidad y frecuencia. Se denomina pasiva cuando incluye deseos de no existir, de desaparecer o no despertar, de carácter fugaz y sin plan para quitarse la vida. Es activa cuando incluye consideraciones y planificación específica sobre métodos y momentos.
- **Plan suicida:** Se refiere a la formulación del modo de quitarse la vida.
- **Comunicación suicida:** Incluye la expresión verbal y no verbal sobre la intención de suicidarse sin intención amenazante o con ella.
- **Actos suicidas:** Conductas para las que existe evidencia explícita o implícita de que la persona tiene la intención de morir.
- **Intento de suicidio:** Participación en un comportamiento potencialmente autodestructivo en el que hay al menos alguna intención de morir como resultado del comportamiento, pero en el que no se produce un resultado fatal.
- **Autolesiones:** Definidas por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) de Reino Unido como actos de autoenvenenamiento o autolesión intencional, independientemente del motivo. Incluyen, por tanto, aquellas que se realizan sin intención suicida (un aspecto que no siempre está claro en la práctica). Son conductas que generan lesiones inmediatas en la superficie corporal, de baja letalidad y que tienden a repetirse en el tiempo. Su alta prevalencia entre los jóvenes ha despertado cierta alarma social. Aunque puedan carecer de intención suicida reflejan un sufrimiento que la persona autodirige en forma de dolor físico y que conviene atender. No existe un consenso científico general en torno a su relevancia como posible factor de riesgo de muerte por suicidio.

**Cuadro 1. Ideas preconcebidas comunes en torno a la conducta suicida adaptadas del Manual de Psicología de la Conducta Suicida<sup>15</sup>, algunas guías<sup>59-61</sup> y otros documentos<sup>11,62,63</sup>. Se presentan pautas generales señaladas por el personal experto en relación con tales ideas con el objetivo de mejorar la comprensión del fenómeno. Existe una gran variabilidad en torno a la conducta suicida, por lo que se presentan en este cuadro aspectos generales que se amplían luego en el documento.**

Idea preconcebida	Orientación
Preguntar si alguien piensa en suicidarse puede incitarle a hacerlo	Preguntar y escuchar sin juzgar, sin minimizar o discutir el sufrimiento, mostrando respeto y deseo de ayudar, puede aliviar su tensión.
Hablar públicamente sobre el suicidio tiene efectos negativos	Hacerlo correctamente es una herramienta poderosa para la prevención. Lo contrario puede incrementar la probabilidad de <b>efectos iatrogénicos</b> o efecto contagio. Los medios de comunicación pueden ser un valioso instrumento de prevención, como en el caso de los accidentes de tráfico.
Las personas que expresan el deseo de acabar con su vida no lo harán.	Lo datos señalan que la mayor parte de las personas que mueren por suicidio han avisado previamente, si bien no se puede generalizar este aspecto. Cualquier aviso o amenaza supone un riesgo real. Escuchar y facilitar la petición de ayuda es fundamental.
Las personas que se quieren suicidar no lo dicen.	Puede suponer ignorar señales de alarma que algunas personas (no todas) manifiestan en estas circunstancias. Ante la sospecha, indagar y tomar en serio las señales.
Es un acto impulsivo y si alguien está decidido no hay nada que hacer.	En muchas ocasiones puede prevenirse y existen avisos. Incluso las personas más gravemente deprimidas muestran ambivalencia, lo que permite poder actuar. Si se supera la crisis suicida activa es probable que no muera por suicidio. Aunque no lo parezca, muchas veces la desesperanza, el dolor y el vacío son estados temporales, no permanentes.
Solo las personas con problemas graves se suicidan.	Es aconsejable evitar infravalorar el dolor que vive otra persona. Situaciones muy diversas pueden llevar a una persona a plantearse el suicidio. La falta aparente de problemas no debe hacernos pensar que no hay riesgo.
Algunos intentos son para llamar la atención	El intento de suicidio es el factor más relacionado con la muerte por suicidio. Cualquier intento debe tomarse en serio y animar a la persona a que busque ayuda en su entorno o de un profesional de la salud mental.
Se da en aquellas personas con graves problemas psiquiátricos	Muchas personas se han planteado en algún momento de su vida el suicidio en situaciones de mucho sufrimiento que no saben cómo afrontar. No es un tema unido exclusivamente a la salud mental. Un importante porcentaje de personas no presentan trastornos psicológicos.
Es un problema aislado y no afecta a la infancia o la adolescencia	Los datos lo desmienten. No debemos minimizar la gravedad con la que la adolescencia ve sus problemas ni el dolor que le causan. Si hay sospechas, es recomendable investigar.
Acercarse sin preparación, solo con sentido común, es perjudicial	Cualquiera puede ser de gran ayuda en la prevención: mostrando interés, cercanía y comprensión, y ayudando a la persona a pedir ayuda a su entorno o a un profesional.

## Situación y enfoque preventivo en España

### Datos y tendencias a nivel nacional

**La tasa de suicidio en España es menor que la media europea. Aun así, y a pesar de que se considera que los datos están subestimados, fue la principal causa de muerte externa en 2022.**

En 2022, murieron por suicidio 4.227 personas en España, un máximo histórico resultado de una tendencia al alza en la última década<sup>64,65</sup>. Los datos provisionales de 2023 señalan un total de 3.952 muertes por esta causa<sup>18</sup>. Si bien aún pueden ser modificados, se trata de una cifra muy similar a la reportada en 2020 (3.941)<sup>18</sup>.

Diversos estudios indican que la tendencia al alza registrada podría haberse visto reforzada por un incremento en las muertes en los últimos años debido a la influencia de la pandemia, especialmente en los grupos más vulnerables<sup>65-69</sup>. No obstante, su influencia en estas cifras aún no se comprende totalmente, ya que las tendencias varían según el periodo (confinamiento, años posteriores), edad, sexo o país<sup>70-72</sup>. Son necesarios más años de estudio para confirmar su relación.

La tasa de suicidios en 2022 en España fue de 8,85 muertes por cada 100.000 habitantes (8,17 según datos provisionales de 2023), ligeramente por debajo de la media europea (10,2; rango 3,5-21,8). No obstante, se reconoce que las cifras están subestimadas, debido principalmente a dificultades (legales, administrativas y forenses) para determinar la causa de la muerte y registrar los suicidios y a aspectos relacionados con el rechazo social<sup>73-76</sup>. Además, estos aspectos varían entre países, dificultando las comparaciones<sup>77</sup>.

· **Daño iatrogénico:** Cualquier efecto adverso o perjudicial no intencional que experimenta una persona como consecuencia directa de un tratamiento médico, procedimiento o intervención realizado por un profesional de la salud.

A nivel nacional, los hombres (especialmente entre 40 y 60 años) y las personas de edad avanzada mueren más por suicidio que las mujeres (ratio 3:1) y la población joven<sup>16</sup>, respectivamente. Sin embargo, son las mujeres y los jóvenes los grupos que más lo intentan y piensan en ello<sup>8</sup>. No obstante, no existen datos o estimaciones oficiales sobre intentos de suicidio u otros aspectos como ideación a nivel nacional<sup>6</sup>, y la comunidad experta reconoce la dificultad para establecer cálculos precisos con la información disponible<sup>6,78,79</sup>. Aunque existen diversas estimaciones al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) apunta a que, por término medio, se producen unos veinte intentos por cada muerte (lo que elevaría la cifra a 85.000 intentos en España)<sup>3</sup>. A nivel regional, en base a los datos de 2022, Asturias y Galicia registran las tasas más altas de suicidio (12,54 y 12,19) seguidos de Canarias, Castilla y León y Cantabria (10,70–10,08). En el otro extremo, están Melilla y Ceuta (1,17 y 2,41), seguido de la Comunidad de Madrid (5,93). No se comprenden aún las causas de estas variaciones.

Existen escasos estudios respecto al impacto socioeconómico a nivel nacional<sup>26,80</sup>. Los datos disponibles hacen referencia solo al coste de productividad perdida, que es de 2.167 millones de euros para el año 2016<sup>80</sup>. En países de nuestro entorno, el coste total calculado, incluyendo otros parámetros relevantes como el coste sanitario<sup>81,82</sup>, alcanza cifras tan elevadas como 24.000 millones de euros en el caso de Francia<sup>82</sup>. Las estimaciones a nivel europeo señalan que su costo directo e indirecto puede suponer una pérdida anual de 150 mil millones de euros<sup>47</sup>.

## Enfoque preventivo actual y marco europeo

El Pacto Europeo de Salud Mental incluye el suicidio como una de sus cinco áreas prioritarias<sup>83</sup>. Las directrices europeas en torno a la prevención del suicidio se alinean con las de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>56</sup>. Algunas acciones específicas al respecto incluyen recomendaciones fundamentadas en intervenciones desarrolladas en los países miembros y el desarrollo y financiación de proyectos e iniciativas para la investigación y la prevención<sup>56</sup>. Destacan a este respecto el modelo de estrategia multinivel para la prevención de Austria<sup>42,84</sup> y Bélgica, cuya implementación en otras regiones de Europa se promueve a través del plan "ImpleMental". La participación española en el mismo es de carácter local y a través de algunas comunidades autónomas<sup>85</sup>.

La constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud y dicta que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios<sup>86</sup>. En España, la prevención del suicidio se incluye en la Estrategia de Salud Mental (2022–2026)<sup>9</sup> y se aplica mediante los planes de acción, actualmente el 2022–2024<sup>45</sup>. Estos planes contemplan la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida como línea estratégica con financiación propia. La ejecución principal recae en las comunidades autónomas<sup>45</sup>, que actualmente cuentan en su totalidad con algún plan, **acción**, **intervención** o estrategia para la prevención del suicidio<sup>44</sup>. A nivel nacional, se han desarrollado dentro del Programa de guías en el Sistema Nacional de Salud una Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (actualizada en el año 2020)<sup>87,88</sup> y un protocolo de manejo de las autolesiones en la adolescencia<sup>89</sup>. Estos documentos persiguen orientar las actuaciones estratégicas y a los profesionales, si bien se desconoce cuál es su grado de implementación en la actualidad. Recientemente, el Ministerio de Sanidad ha anunciado la intención de desarrollar un nuevo Plan de Acción para la Prevención del Suicidio de carácter multidisciplinar 2025–2027<sup>90</sup>. Por otro lado, el Senado ha puesto en marcha una ponencia de estudio sobre la salud mental y la prevención del suicidio, constituida en el seno de la Comisión de Sanidad<sup>91</sup>.

La comunidad experta y la sociedad civil valoran positivamente los avances en este área, pero señalan deficiencias. Destacan la necesidad de más recursos, la falta de datos y homogeneidad a nivel nacional, aspecto que se refleja en la fuerte atomización de estrategias y planes existentes a nivel nacional, la falta de coordinación entre ellos y la necesidad de

· **Acción e intervención:** En el presente documento, se emplean ambos términos como sinónimos, si bien "acción" suele usarse en el contexto de medidas para la prevención e "intervención" en el contexto de medidas frente a la conducta suicida manifestada.

actualización en diversos casos<sup>6,44,52,55,92</sup>. Destacan también diferencias entre las regiones en el grado de aplicación de intervenciones cuya eficacia cuenta con evidencia, la importancia de una mayor alineación con los estándares señalados por la OMS y desconocimiento en muchos casos del grado de implementación en cada territorio y de evaluación los resultados alcanzados<sup>44,52-56,75</sup>. Personal investigador, profesionales de la salud, intervinientes en crisis, grupos de **supervivientes**, **sobrevivientes** y personas afectadas subrayan la necesidad de una estrategia integral a nivel nacional, una herramienta considerada largamente ausente, que facilite un marco y objetivos comunes, la coordinación y la dotación de los recursos necesarios<sup>4,6,7,49,52,53,55,56,75,87,88,92-98</sup>.

## Un desafío complejo: entender la conducta suicida

La conducta suicida es un fenómeno especialmente complejo. De ello se derivan importantes desafíos que conviene abordar, ya que pueden actuar como barreras que dificultan su comprensión y prevención<sup>33,34,58,73</sup>.

### El estigma y la mirada social

**El estigma y la invisibilización en torno a la conducta suicida amplifican el sufrimiento, dificultan la petición de ayuda y son un obstáculo para la prevención.**

Pensar en la propia muerte es un fenómeno profundamente humano vinculado al sentido y el propósito de la vida. De hecho, el suicidio es un acto individual con sentido social<sup>6</sup>. Parte del personal experto señala que considerar el suicidio como algo meramente íntimo y voluntario tiene implicaciones sobre el desinterés social preventivo. Es "*su decisión*" por lo que "*ni sabemos, ni queremos saber*"<sup>99</sup>.

La mirada social se ha visto moldeada histórica y culturalmente por las múltiples disciplinas que se han ocupado de ello, como la religión, la filosofía, la sociología o, más recientemente, la medicina y la psicología<sup>15,100,101</sup>. Queda así asociada a conceptos como el honor, el sacrilegio, el romanticismo, el heroísmo y patriotismo o la enfermedad, en función del momento histórico y el contexto social revisado<sup>102</sup>. Además, existen situaciones en las que la decisión de quitarse la vida, como la **eutanasia** o la **muerte asistida**, deviene de condiciones y procesos muy específicos y cualitativamente distintos (a nivel legal, personal, familiar, etc.) del que aborda el presente documento. Se trata de formas de poner fin a la vida de un mismo que no son consideradas un problema de salud pública ni admiten el marco de prevención planteado en este informe<sup>6,101,103</sup>. De hecho, en España, los datos disponibles señalan que cuentan con respaldo social<sup>104</sup>.

Por otro lado, a pesar de que se han producido algunos avances, la conducta suicida está estigmatizada y silenciada, lo que conlleva rechazo y crítica social<sup>37,105-108</sup>. Así, se la excluye como materia de atención, cuidados o aprendizaje<sup>109</sup>. La muerte por suicidio se asume, por tanto, como la peor de las muertes<sup>7,15</sup>, lo que se refleja en aspectos como la dificultad para conocer el número real de suicidios debido a la ocultación o en un duelo que puede ser especialmente complejo<sup>22</sup>. El estigma actúa como una barrera que puede generar vergüenza, miedo al señalamiento, enjuiciamiento o exposición a preguntas insensibles y morbosas, que en conjunto limitan la petición de ayuda e incrementa el riesgo<sup>37,110</sup>, tanto de afectados como de dolientes<sup>22,37,111-115</sup>. Es, por tanto, parte de la prevención minimizar el estigma. Diversos trabajos señalan que este se extiende incluso al personal sanitario y especializado<sup>116,117</sup>. Además, algunos estudios internacionales ponen de relieve la existencia de prácticas clínicas defensivas en torno al fenómeno en distintos países desarrollados<sup>118-120</sup>.

- **Supervivientes:** Personas que han perdido a un ser querido (familiares, pareja, amigos etc.) por suicidio.
- **Sobrevivientes:** Personas que han sobrevivido a un intento de suicidio.
- **Eutanasia:** Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de mejora, generalmente en el contexto de una enfermedad terminal o dolor crónico. Este acto puede ser llevado a cabo por un profesional médico a petición del paciente.
- **Muerte asistida:** El acto de proporcionar a una persona los medios necesarios para que termine con su propia vida, generalmente debido a un sufrimiento intolerable o una enfermedad terminal. A diferencia de la eutanasia, en la muerte asistida el propio paciente realiza el acto final que conduce a la muerte.



## Un fenómeno poliédrico: dificultades conceptuales y datos insuficientes

**Existen disensos y lagunas en el conocimiento sobre la conducta suicida que, unidos en muchos casos a la falta de datos, dificultan la comprensión del fenómeno.**

El estudio y prevención de la conducta suicida enfrentan limitaciones<sup>73,121</sup> derivadas de las múltiples manifestaciones que agrupa (ver introducción) y de algunos disensos entre la comunidad experta en torno a su terminología y conceptualización<sup>15,27,33–36</sup>. Actualmente, las teorías que explican el paso de la **ideación a la acción** han supuesto una evolución en el marco de trabajo y el conocimiento sobre el fenómeno<sup>19,55,122–126</sup>. Sin embargo, por un lado, las distintas manifestaciones no necesariamente se producen de forma lineal. Así, un intento puede producirse sin que exista apenas ideación o comunicación, especialmente en personas impulsivas<sup>55,121,127</sup>. Por otro, aún no se comprenden bien los factores que determinan el paso de unas a otras<sup>19,121</sup>.

En España, como en otros países del entorno<sup>128,129</sup>, no existen datos oficiales sobre ideación o intentos. El personal experto destaca la importancia de poder contar con datos de mortalidad que se aproximen “a tiempo real” y algunos consideran escasas las variables que los acompañan<sup>6,55,92,130</sup>. Todo ello limita la comprensión de la situación y sus determinantes.

El estudio de la conducta suicida se ha centrado principalmente en las muertes e intentos por su gran impacto. Sin embargo, el suicidio es, desde una perspectiva estadística, poco frecuente (**prevalencia** media global 0,014 %<sup>131</sup>, 0,008 % en España<sup>16</sup>), lo que, junto a otros aspectos<sup>73,132–134</sup>, impone ciertas dificultades metodológicas<sup>131,135</sup>. Por el contrario, la frecuencia de los intentos es mayor (prevalencia media del 0,79 %<sup>131</sup>) y la ideación es aún más común. No obstante, la comunidad experta estima de forma generalizada que solo en un tercio de las personas con ideación suicida se dan también actos suicidas<sup>136</sup>.

Algunos estudios estiman que el 9 % de la población tiene pensamientos suicidas en algún momento de su vida<sup>12,137</sup>. Existen estudios nacionales<sup>13,138</sup> e internacionales<sup>139</sup> que elevan la cifra a un 20–30 % para la población joven y adolescente. Actualmente, la comunidad experta destaca la importancia del estudio de la ideación para ampliar la comprensión del fenómeno en su conjunto, así como su manejo y prevención. Esta puede tener una función en la regulación del sufrimiento individual y las aptitudes socioemocionales para la vida, además, enfrenta menos limitaciones estadísticas que otras manifestaciones<sup>136,137,140,141</sup>.

## Naturaleza multifactorial, abierta, dinámica y heterogénea

La comunidad experta destaca la importancia de comprender los procesos y factores que llevan a las situaciones de sufrimiento, **desesperanza** o falta de propósito que caracterizan comúnmente la conducta suicida<sup>3,15,19,20,142–144</sup>.

## Factores relacionados, pero no causales

De forma general, se acepta que la conducta suicida surge de la interacción dinámica y compleja entre múltiples factores a nivel individual, familiar y social<sup>15,21,38,43,88,144,145</sup>. Dado su extraordinario dinamismo en el tiempo (los pensamientos de suicidio pueden variar a lo largo del día o de las horas), el fenómeno está sometido a cambios repentinos y discontinuos. Además, es marcadamente heterogéneo. Los factores involucrados, que no equivalen a mecanismos causales, muestran una baja especificidad y varían entre individuos, por sexo, edad, región, aspectos culturales o en función de la manifestación de la conducta estudiada, entre otros muchos aspectos<sup>8,14,40,51,74,122,123</sup>. Su existencia o ausencia se correlaciona con la presencia de conductas suicidas, pero no explican con precisión por qué algunas personas se suicidan y otras, que pueden presentar los mismos factores, no.

**La conducta suicida es un fenómeno heterogéneo, multicausal y marcadamente dinámico, por lo que cualquier explicación simplista o unicausal es necesariamente reduccionista y debe ser rechazada.**

· **Teorías de la ideación a la acción:** Buscan explicar los determinantes, factores o procesos que promueven el paso de pensar en el suicidio al intento de suicidio, ya que la ideación o deseos de muerte no son considerados suficientes por sí mismo para ello. Agrupa diversas teorías y modelos que se presentan en la sección Alta complejidad: naturaleza multifactorial, abierta, dinámica y heterogénea.

· **Prevalencia:** Porcentaje de personas que muestran la manifestación señalada.

· **Desesperanza:** Estado subjetivo en el que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar energía en su propio provecho.

Por todo ello, puede decirse con bastante seguridad que nadie se suicida por una única razón, y, que además, las razones son diferentes para cada persona y están sometidas a variaciones temporales<sup>11</sup>. Ante esta marcada multifactorialidad y heterogeneidad, cualquier explicación simplista o unicausal del suicidio es necesariamente reduccionista y por tanto, debe ser rechazada<sup>38,144</sup>. Son ejemplos comunes el considerarlo el producto de un trastorno mental o asumir que la causa es un evento vital adverso concreto. En cualquier caso, no existe un consenso claro en torno a los distintos paradigmas que intentan explicar su origen y motivación<sup>14,38,74</sup>. Todos estos aspectos dificultan la capacidad de delimitar y comprender los determinantes de la conducta suicida<sup>14,74</sup>. No obstante, trabajos recientes desde la psiquiatría<sup>96,146,147</sup> y la psicología<sup>15,142,148</sup>, entre otros<sup>3,55,147,149</sup>, reconocen la importancia de implementar una visión de la conducta suicida y su prevención que incorpore todas sus dimensiones (**Cuadro 2 y 3**).

### Multifactorialidad: un enfoque en evolución

Existe una extensa producción científica respecto a los determinantes de la conducta suicida y son muchos los factores relacionados examinados<sup>88,145</sup>. Se incluyen factores psicológicos<sup>19</sup> (**Cuadro 2**), biológicos<sup>150,151</sup> (**Cuadro 3**) y sociales, lo que abarca aspectos contextuales, culturales o políticos<sup>55,152-154</sup> (**Cuadro 2**). Sin embargo, más allá de la aceptada multifactorialidad, parte de la comunidad experta pone de relieve la existencia de diversas teorías y enfoques que han ido evolucionando y modificándose hasta la actualidad<sup>12,15,39,155,156</sup>. Entre los paradigmas existentes, se pueden detectar diferencias que se reflejan a nivel social y asistencial<sup>12,15,146</sup>. Se trata de divergencias en torno a la conceptualización del fenómeno o variaciones sobre la importancia y tipo de asociación que establecen con los factores relacionados y sobre su utilidad para la prevención. Conviven así marcos teóricos de corte **etiopatológico**<sup>43,143,144,157</sup> con otros paradigmas más recientes como el denominado contextual-fenomenológico-existencial<sup>12,15</sup>.

Los determinantes y factores relacionados con la conducta suicida abarcan aspectos psicológicos, sociales y biológicos. La comunidad experta destaca la importancia de incorporar todas sus dimensiones en su estudio y prevención.

Las teorías psicológicas que explican el paso de la ideación a la acción han ampliado la comprensión de la conducta suicida.

Parte de la comunidad experta relaciona la conducta suicida con múltiples determinantes contextuales: el grado de integración y regulación social, aspectos familiares, culturales, demográficos, políticos, sucesos adversos a nivel vital, laboral o educativo, como inequidad o el acoso, entre otros muchos.

#### Cuadro 2. Aspectos y factores psicológicos, sociales y contextuales relacionados con la conducta suicida

Los modelos psicológicos que tratan de comprender la conducta suicida se centran en comprender los aspectos que explican el paso de la ideación a la acción. Respecto a los procesos que conducen al deseo y los pensamientos de morir destacan: la presencia de un intenso **dolor psicológico**<sup>20</sup>, percibido como insoportable, ineludible e interminable<sup>7,20,142,158</sup>; la desesperanza y falta de propósito (teoría de los tres pasos<sup>159</sup>); la percepción de ser una carga y los sentimientos de pertenencia frustrada (teoría interpersonal<sup>160</sup>); se añaden los de atrapamiento y derrota, y la alteración de los procesos cognitivos y las habilidades de afrontamiento y resolución de problemas que influyen en la capacidad para llevar a cabo un intento suicida (modelo motivacional-volitivo integrado<sup>161</sup>)<sup>19,121</sup>. Otros rasgos y aspectos destacados son la rigidez cognitiva, la ansiedad y la depresión, el aislamiento<sup>162</sup> o el perfeccionismo<sup>88,145</sup>. El paso a los actos viene marcado por aspectos como el desarrollo de la **capacidad adquirida** para hacerlo, el acceso a medios letales y planificación, una marcada impulsividad o la imitación, entre otros<sup>19,121</sup>.

Parte de la comunidad experta destaca la relevancia de múltiples factores sociales y contextuales que conducen a algunos de los estados descritos. Se asocian con el grado de integración (o exclusión) y regulación social<sup>163</sup>, la derrota social<sup>164</sup>, aspectos socioculturales<sup>165,166</sup> y políticos<sup>147</sup>, así como con la capacidad y oportunidades para adquirir aptitudes para hacer frente a las adversidades de la vida en circunstancias que pueden ser favorables o muy adversas. Algunos de los factores cuya relación con la conducta suicida cuenta con más evidencia, de forma general (ya que estos varían en función del grupo de población, edad, sexo, entre otros factores)<sup>167</sup>, son: el nivel de apoyo sociofamiliar, el historial familiar de suicidios o la exposición al fenómeno<sup>168</sup>, sucesos vitales estresantes (pérdidas personales, financieras, etc.), aspectos vinculados al nivel socioeconómico<sup>169</sup>, la inequidad<sup>170</sup>, la situación laboral<sup>171</sup>, el nivel educativo, la discriminación sexual o étnica, el acoso (*bullying* y *cyberbullying*, especialmente en jóvenes), la soledad<sup>162</sup> (sobre todo en mayores<sup>172</sup>) o el aislamiento.

- **Etiopatológico**: En medicina, hace referencia al estudio conjunto de la causa (etiología) y el desarrollo (patogenia) de una enfermedad o trastorno. En el caso de la conducta suicida se enfoca en identificar qué la provoca y cómo se desarrolla a nivel biológico, psicológico o social.
- **Dolor psicológico**: Consiste en un sufrimiento emocional y mental intenso. Su definición es compleja y no existe consenso al respecto. Es una sensación desagradable e insostenible que perdura en el tiempo, caracterizada por una percepción de incapacidad o deficiencia del yo, así como por necesidades psicológicas frustradas y desconexión social.
- **Capacidad adquirida para el suicidio**: Concepto que describe la disminución del miedo a la muerte y el aumento de la tolerancia al dolor físico, desarrollados a través de experiencias repetidas de sufrimiento, autolesiones o exposición a situaciones de riesgo, facilitando la transición de la ideación suicida al acto de suicidio.

Otros aspectos contextuales destacados son la presencia de dolor crónico<sup>73</sup>, el diagnóstico de enfermedades graves y el acceso a medios para quitarse la vida. Hay que considerar también variables demográficas como la edad (especialmente entre 40 y 60 años), el sexo (ser mujer para intentos, ser hombre para muertes) o las variaciones geográficas entre regiones, países, etc. Otros factores ambientales están asociados con situaciones de crisis derivadas de conflictos bélicos o desastres naturales<sup>145,174,175</sup> y, más recientemente, con los cambios asociados al calentamiento global<sup>176-178,178-180</sup>.

En la juventud y la infancia, el desarrollo puede verse alterado por factores contextuales que podrían tener repercusiones a nivel psicológico y también biológico (Cuadro 3). La exposición en esos periodos a adversidades físicas y psicológicas (historial de violencia, abuso sexual, *bullying*, trauma, carencias afectivas o materiales graves, entre otros) y otros aspectos ambientales<sup>181</sup> se asocian, por un lado, con múltiples factores considerados de riesgo. Entre ellos, el aumento significativo de la presencia de trastornos mentales graves y tempranos o dificultades en la regulación emocional y baja autoestima, que dificultan establecer relaciones interpersonales saludables y protectoras. Por otro lado, se relaciona con un incremento de la presencia de conductas suicidas en la adolescencia tardía y la etapa adulta<sup>182-185</sup>.

Los primeros se alinean con una visión biomédica y ponen el foco especialmente en aspectos endógenos del individuo, de carácter clínico o diagnóstico (fisiopatológicos, genéticos, psicopatológicos u otros)<sup>12,15,43,144,148,157,186,187</sup>. Los modelos biopsicosociales, como el ya clásico de **diátesis-estrés**<sup>43</sup>, y epidemiológicos reconocen y tratan también de integrar aspectos sociales y contextuales<sup>96,143,143,144,146,188</sup>. Aunque existen múltiples modelos, estas aproximaciones se alinean generalmente con la visión epidemiológica de riesgo<sup>12,43,144,146</sup>. Así, los factores relacionados con la conducta suicida (**Cuadro 2 y 3**) se han denominado comúnmente como **factores de riesgo**, que pueden ser o no **precipitantes**, y de **protección**<sup>88,145</sup>, aunque existen múltiples formas de clasificarlos y no todos son **modificables**. El desarrollo reciente de los modelos psicológicos del comportamiento suicida (Teorías de la ideación a la acción, **Cuadro 2**) complementa la visión epidemiológica del riesgo<sup>15,19,142</sup>. Además, parte de la comunidad experta destaca avances recientes en los modelos biopsicosociales que permiten una mejor explicación de la conducta humana<sup>43,188</sup>.

**Los paradigmas actuales destacan la importancia de proporcionar a la persona los recursos individuales y sociales necesarios para manejar el sufrimiento y las circunstancias derivadas de los problemas y dilemas que su vida le presenta.**

Por otro lado, el enfoque fenomenológico de la conducta suicida pone el foco en las circunstancias de vida de la persona y en su contexto biográfico, y por tanto, también social y cultural, como base para poder comprender su sufrimiento y dotarlo de sentido<sup>24,96,148</sup>. Conciben el fenómeno más bien como un drama existencial, resultado principalmente de los problemas que se enfrentan en la vida y el sufrimiento derivado de ello, en contraposición al concepto de síntoma, patología o algo que deba ser "curado". Este tipo de paradigma se alinea con la evidencia que señala la incapacidad de predecir con precisión el riesgo y la falta de efectividad de la prevención basada en ello<sup>40,131,145,156,205,206</sup>, por lo que pone el foco en una evaluación terapéutica de la conducta suicida<sup>12,24,131,148,152,207</sup>. Esta consiste en el apoyo y ayuda a las personas en crisis para enfrentar los problemas y dilemas que sus vidas les presenta, proporcionándoles los recursos individuales y sociales necesarios. En esta línea, parte de la comunidad experta enfatiza la necesidad de estudios cualitativos que traten de explicar los porqués y paraqués<sup>55</sup> y completen la visión cuantitativa de los modelos de riesgo y el enfoque clínico tradicional<sup>156,208-210</sup>. De igual manera, resalta la importancia de la denominada **humanización**<sup>211</sup> de los servicios y la atención<sup>12,152,212</sup>. Por lo tanto, se trata de un enfoque comunitario y general que no se limita al ámbito de la salud<sup>12,24,96,148</sup>.

- **Diátesis-estrés:** Esta teoría postula que el suicidio es el resultado de la interacción entre una vulnerabilidad o factores que predisponen (diátesis, de carácter biológico, psicológico, asociados al desarrollo u otros) y factores estresantes del entorno (lo que incluiría los aspectos sociales).
- **Factor de riesgo:** Característica, condición o circunstancia que aumenta la probabilidad de que una persona considere, intente o complete un acto suicida
- **Factores precipitantes:** Característica, condición o circunstancia que desencadena una crisis aguda, aumentando significativamente la probabilidad de que una persona considere o intente suicidarse. Serían factores que actúan como catalizadores, al exacerbar la vulnerabilidad existente debido a factores de riesgo subyacentes.
- **Factores de protección:** Característica, condición o circunstancia que reduce la probabilidad de que una persona considere, intente o complete un acto suicida.
- **Factores modificables:** No todos los factores asociados con el riesgo de conductas suicidas son modificables, como aspectos genéticos o la edad. La mayoría sí lo son, y es en ellos en los que actualmente se focaliza la prevención.
- **Humanizar:** Significa hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para las personas. Incluye la relación con el otro, compartir una comunidad y el contacto empático, una atención centrada en el individuo. Sin que exista una definición consensuada, en el mundo de la salud y cuidados hace referencia a un proceso complejo que abarca todas las dimensiones de la persona. Va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la formación de profesionales o el desarrollo de planes de cuidados en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud.

Parte de la comunidad experta señala que la conducta suicida se puede relacionar con alteraciones del sistema nervioso asociadas a aspectos genéticos y del desarrollo temprano en circunstancias adversas.

### Cuadro 3. Aspectos biológicos relacionados con la conducta suicida

A nivel biológico, la abundante literatura científica, sugiere que la conducta suicida puede relacionarse con aspectos fisiopatológicos como **alteraciones del sistema nervioso**<sup>43,189</sup> vinculadas al **perfil genético** individual<sup>190</sup> y **alteraciones durante el desarrollo temprano asociadas a factores ambientales adversos**<sup>181</sup>.

Múltiples estudios tratan de mejorar el conocimiento de los factores biológicos que podrían relacionarse con la conducta suicida. Buena parte se centran en algunas alteraciones morfológicas y fisiológicas del cerebro o en otros aspectos neuropsicológicos, si bien su especificidad es considerada baja<sup>43</sup>. Las más reconocidas incluyen alteraciones en el sistema de respuesta al estrés, siendo algunas disfunciones en el sistema que regula la presencia de serotonina (aspecto vinculado con múltiples funciones además de la respuesta al estrés) la mejor descrita<sup>43,87,88,191</sup>. Además, la conducta suicida se ha asociado con múltiples cambios complejos y dinámicos a nivel cognitivo y con otros aspectos sistémicos fuera del ámbito neuropsicológico, como las respuestas inmunitarias o inflamatoria, entre otros<sup>150,182,192-198</sup>. La comunidad experta indica que las alteraciones neuropsicológicas pueden llevar a una percepción, interpretación y respuesta o toma de decisiones ante la información ambiental caracterizadas por la distorsión, impulsividad, falta de flexibilidad o premeditación, entre otros aspectos, que pueden incrementar la posibilidad de conductas suicidas<sup>199</sup>. También se asocian con alteraciones del comportamiento, como rasgos ansiosos e impulsivo-agresivos y déficit cognitivo<sup>193,194,199,200</sup>.

La búsqueda de causas genéticas de estas alteraciones se basa en la evidencia observacional que existe sobre la prevalencia de la conducta suicida en grupos familiares<sup>201</sup>. Aunque la identificación de conjuntos de genes asociados con la prevalencia suicida (y diferenciados de trastornos mentales)<sup>190</sup> y las alteraciones neuropsicológicas descritas constituye una importante línea de trabajo, no se han producido aún resultados genéticos consistentes para la mejora de la prevención<sup>43</sup>.

Parte de la comunidad experta también relaciona las adversidades sufridas en la infancia (**Cuadro 2**) con posibles alteraciones en la morfología y el funcionamiento del sistema nervioso y de regulación del estrés que puedan actuar como factores de riesgo<sup>202,203</sup>. Concretamente, algunos trabajos señalan que estas alteraciones podrían deberse a cambios epigenéticos provocados por dichas vivencias<sup>203,204</sup>.

La heterogeneidad y dinamismo en torno a la conducta suicida impiden la predicción eficaz del fenómeno, pero no su prevención.

### El desafío de la predicción y la oportunidad de la prevención: algunos factores clave y avances.

A pesar de los avances desde campos como la sociología, la psicología y la psiquiatría, se carece actualmente de pruebas, test psicológicos o biomarcadores que tenga valor clínico consensuado para la predicción de los actos suicidas<sup>87,96,145,207,213,214</sup>. Además, aunque algunos modelos predictivos basados en factores de riesgo muestran una sensibilidad apropiada en sus contextos de estudio, su poder predictivo es limitado, por lo que carecen de aplicación clínica<sup>8,40,55,131,144,205,206,215</sup>. A pesar de ello, el conocimiento de los factores relacionados con la conducta suicida es recomendable, ya que permiten caracterizar grupos de población especialmente vulnerables (Sección Prevención selectiva) y, desde la perspectiva preventiva, es importante minimizar el sufrimiento y los factores de riesgo y amplificar los de protección<sup>138</sup>.

Los trastornos por adicciones y los trastornos mentales conllevan dificultades que incrementan la vulnerabilidad y el riesgo de conducta suicida en estos grupos de población. Su manejo y tratamiento especializado es esencial para reforzar la prevención.

Diversos estudios señalan que la existencia de intentos previos es uno de los factores que mejor se correlaciona con la muerte por suicidio<sup>145,216</sup>. Tras este, destacan otros como los trastornos de abuso de sustancias, especialmente alcohol<sup>141</sup>, la presencia de algunos trastornos mentales<sup>141</sup> y la desesperanza<sup>217</sup>. Conviene recordar que el diagnóstico no es la causa. Es decir, estos trastornos no explican la conducta suicida y la inmensa mayoría de las personas que los padecen no se suicidan<sup>12,141</sup>. De hecho, parte de la comunidad experta señala que la relación de estos aspectos con la conducta suicida se basa en las dificultades añadidas derivadas del estigma y la deshumanización que sufren las personas que los padecen, y no tanto en el trastorno o diagnóstico *per se*<sup>12,55,156,212,218</sup>. En cualquier caso, su correcto manejo y tratamiento es esencial para reducir la vulnerabilidad y reforzar la prevención. Actualmente, existen discrepancias significativas respecto al porcentaje de personas que presentan

trastornos mentales dentro de las que se suicidan<sup>96,141,219</sup>. Algunos trabajos señalan que los trastornos mentales más comúnmente relacionados con la muerte por suicidio son los afectivos, concretamente depresión mayor, los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, el bipolar y la esquizofrenia<sup>43</sup>.

**La protección e integración social, la pertenencia o el desarrollo de habilidades sociales y emocionales para hacer frente a las adversidades son factores protectores transversales de gran importancia.**

La investigación respecto a los factores protectores es menos extensa<sup>73</sup>, pero el personal experto destaca entre ellos la importancia de la integración, el apoyo y la estabilidad familiar y comunitaria, el bienestar, el sentido de pertenencia –una persona adulta, un compañero o una amistad que se preocupa por ti–. La adaptación cultural, el desarrollo de las habilidades sociales y emocionales (como la flexibilidad cognitiva y la resolución de conflictos), el acceso a la atención médica y el cuidado integral de la salud mental son también aspectos protectores clave<sup>73,87,88</sup>. Otros son: tener descendencia, obligaciones familiares o personas al cargo, las creencias personales, religiosas y espirituales, y los valores positivos.

En conjunto, la multifactorialidad de la conducta suicida supone dificultades en la prevención asociadas a la ausencia de un objetivo único y claro para el tratamiento y la prevención<sup>135,220</sup>. La falta de herramientas predictivas eficaces, que no preventivas<sup>207</sup>, a nivel individual para identificar el *quién* y el *cuándo*<sup>135,145,221,222</sup> constituye un importante desafío. De hecho, parte del personal experto destaca la importancia de avanzar hacia un manejo y prevención personalizado o de precisión y no estratificado por riesgos. Nuevas tecnologías como la inteligencia artificial o el uso de dispositivos móviles pueden permitir avances en la evaluación y comprensión de la conducta suicida que permitan abordar su naturaleza fluctuante y la variabilidad a nivel individual<sup>135,223,224</sup>, con el fin de facilitar la intervención cuando sea necesaria<sup>73,122</sup>.

**La IA y el uso de dispositivos móviles pueden en el largo y medio plazo permitir una evaluación de la conducta suicida que responda al dinamismo y heterogeneidad individual del fenómeno.**

#### **Cuadro 4. Inteligencia artificial y evaluación momentánea: hacia la personalización de la prevención y el tratamiento**

Personalizar a nivel individual y de forma dinámica la prevención y tratamiento puede servir para reforzar la prevención<sup>223</sup>.

Múltiples estudios ponen de relieve el potencial que nuevas herramientas basadas en inteligencia artificial (IA) podrían tener en la prevención de la conducta suicida a través del análisis de los datos o registros electrónicos de los individuos. Dicho análisis se centra en muchos casos en los registros médicos<sup>225–230</sup>, pero se requiere también una visión que integre factores sociales y contextuales de otros sectores de interés (empleo, seguridad social, educación y un largo etcétera)<sup>230–233</sup>. Se explora también su potencial para detectar personas o grupos vulnerables en redes sociales e internet<sup>136,225,231,234</sup>, un entorno que puede reflejar múltiples aspectos contextuales que carecen de registro. Actualmente, la aplicación y escalado general de estas herramientas en el contexto español se considera aún inviable por múltiples aspectos: falta de interoperabilidad de los datos, ya sea dentro del ámbito sanitario o entre sectores distintos<sup>235,236</sup>, falta de homogeneidad con la que se registra la conducta suicida en los contextos clínicos<sup>96,187</sup>, múltiples limitaciones en el acceso y recopilación de datos<sup>235</sup>, así como obstáculos éticos y de privacidad que tendrían que abordarse en cualquiera de los contextos señalados<sup>224,234–236</sup>.

Otra estrategia especialmente prometedora es la evaluación ambulatoria o evaluación ecológica momentánea, que emplea aplicaciones móviles para el análisis y detección casi en tiempo real de conductas suicidas<sup>237,238</sup>. Estas aplicaciones evalúan la ideación suicida y otros factores en personas ya identificadas por el sistema de salud mediante la repuesta a preguntas breves (activa) o analizando la actividad y mensajes expresados de forma rutinaria (pasiva). En caso de riesgo, facilitan una respuesta terapéutica inmediata mediante mensajes personalizados o recomendaciones de tipo asistencial si fuera necesario. Esta es la tecnología más avanzada, con estudios de seguimiento y ensayos clínicos piloto recientes realizados, incluso en el contexto español, que lo acercan a la práctica clínica y avalan su potencial<sup>239–243</sup>. Forman parte de las intervenciones digitales autoguiadas (sin la participación directa de un profesional)<sup>244</sup>, que además de vía teléfono móvil, pueden estar disponibles a través de la web. Se trata de herramientas cuyo uso puede ser conveniente en contextos de aislamiento y falta de acceso mínimo a servicios de salud<sup>244,245</sup>. A pesar de su potencial, la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, en su evaluación de 2023 sobre las aplicaciones desarrolladas para teléfonos móviles y ordenadores a nivel internacional, así como algunos estudios recientes<sup>244</sup>, señalan que la evidencia respecto a la eficacia preventiva de estas herramientas es aún insuficiente<sup>245</sup>.



## Componentes para una respuesta integral multinivel

La prevención debe comprender la implementación de estrategias específicas a nivel nacional con una visión multidimensional (a nivel universal, selectivo e indicado), integral (abarcando las distintas formas de la conducta suicida), multifactorial (que involucre a todos los sectores relacionados) y basada en la evidencia científica.

Dada la naturaleza multifactorial y los desafíos que presenta la conducta suicida, parte de la comunidad experta destaca la necesidad de estrategias integrales que enfoquen la prevención desde una perspectiva multinivel e intersectorial<sup>21</sup>, como recoge la Figura 1: los niveles agrupan las intervenciones en función del grupo de población al que va dirigida como universales, selectivas e indicadas<sup>43,52,57,58,246,247</sup>; la interseccionalidad persigue capturar la heterogeneidad de los factores implicados en la conducta suicida mediante la cooperación de todas las áreas vinculadas.

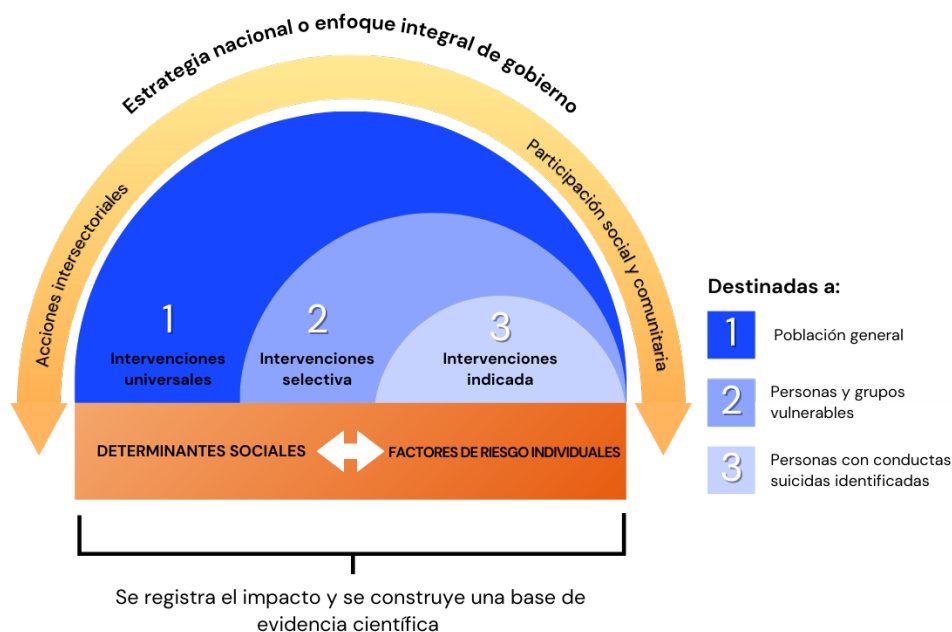


Figura 1. Modelo integral para la prevención e la conducta suicida. Adaptado de Pirkis et al. 2023<sup>151</sup>.

La evidencia señala que cuantos más niveles y factores se integran, mayor es su eficacia<sup>248</sup> y su acción sinérgica sobre las distintas manifestaciones de la conducta suicida<sup>3,8,249,250</sup>. Algunos estudios estiman, sin que se haya podido confirmar empíricamente aún, que si todas las intervenciones basadas en evidencia se recogieran en un enfoque integral, entre el 20 % el 25 % de todos los suicidios podrían prevenirse<sup>215</sup>.

Organizaciones como la OMS<sup>3,4,250,251</sup> o la Alianza Europea Contra la Depresión<sup>252</sup>, gran parte de la comunidad experta<sup>41,47,50,53,56,58,95,246,247,249,253,254</sup> y la experiencia en múltiples países<sup>42,57,248,250,254-260</sup>, respaldan modelos multinivel de alcance nacional para la prevención del suicidio. No obstante, se reconoce la importancia de mejorar el nivel de evidencia respecto a la eficacia general de las aproximaciones y algunos aspectos concretos de las mismas<sup>4,40,42,47,74,246,261</sup>. Existen múltiples documentos<sup>4,42,84,254</sup> y algunos trabajos de consenso<sup>47,213,262</sup> para orientar el desarrollo de este tipo de actuaciones.

Para saber qué tipo de medidas se deben implementar, es necesario conocer la situación en la que se encuentra la población a la que van a ir destinadas, definir objetivos en base a ese análisis y considerar distintas escalas de trabajo<sup>76</sup>. A nivel temporal, algunas medidas actúan de forma inmediata, pero buena parte de ellas promueven cambios estructurales cuya consolidación y resultados requieren de largos plazos. A nivel geográfico, el enfoque general puede ser complementando con el desarrollo de estrategias de carácter regional, más adaptadas a las necesidades locales<sup>73,135,263</sup>.

**La ampliación y mejora de los datos recogidos pueden favorecer el desarrollo e implementación de las estrategias de prevención mediante la vigilancia y la evaluación de la situación previa y la valoración posterior de los objetivos alcanzados.**

**Se requiere la intervención de todos los sectores, como economía, vivienda, trabajo, educación, derechos sociales e igualdad, entre otros, además del sanitario, para mejorar las condiciones de vida y el bienestar y fomentar un ambiente social protector frente al suicidio.**

## **Mejorar el conocimiento previo: situación, datos y vigilancia**

La intervención temprana y el diseño y evaluación de las propias intervenciones requiere de un sistema de información robusto para poder identificar particularidades territoriales, cambios relevantes y tendencias<sup>52,128,129</sup>. Diversos estudios subrayan la necesidad de estrategias coordinadas por instituciones y observatorios para la gestión y análisis de la información<sup>128,264</sup>. Existen trabajos y guías con directrices para su desarrollo y la mejora en la recopilación de datos<sup>77,264,265</sup>. España carece de organismos públicos diseñados para ello y actualmente solo se recogen datos de muertes por suicidio<sup>6</sup>. Desde 2006, la referencia oficial es el Instituto Nacional de Estadística, que se nutre de información suministrada por los Institutos de Medicina Legal de las diferentes comunidades autónomas<sup>76</sup>.

Mejorar la calidad de los datos implica intervenir en varios niveles: desde ampliar el tipo de conductas suicidas registradas y el número de variables recogidas<sup>4,254</sup> hasta mejorar los aspectos legales relacionados con la confirmación de la muerte por suicidio<sup>49,102</sup>. El personal experto señala la posibilidad de incluir preguntas específicas en la encuesta nacional de salud<sup>49</sup> para recoger información sobre intentos e ideación suicida o establecer mecanismos para recopilar de forma coordinada la información registrada por los centros sanitarios y hospitalarios al respecto. Hasta ahora, los datos disponibles provienen principalmente de estudios independientes. Además, poder integrar datos de múltiples fuentes y sectores (ver siguiente sección) puede permitir mejoras en la identificación de personas o grupos vulnerables<sup>232,233</sup>. En cuanto a la confirmación del tipo de muerte, **la autopsia psicológica** es una herramienta cualitativa que puede tener una gran relevancia para entender mejor los determinantes o el *porqué* del suicidio. Aunque posee limitaciones reconocidas, su aplicación es de gran relevancia ya que puede permitir mejorar el diseño y desarrollo de estrategias preventivas<sup>49,102,266</sup>. Parte del personal experto señala que su aplicación en España es muy escasa en la actualidad.

## **Enfoque intersectorial: políticas para un entorno protector**

Las acciones y políticas públicas intersectoriales pueden contribuir significativamente a la prevención. Son necesarias para actuar sobre la naturaleza diversa y variable de los factores vinculados a la conducta suicida<sup>3,4,6,12,47,57,75,254,259</sup>. Están propiciadas desde todos los niveles posibles de áreas distintas de la salud que, precisamente, repercuten sobre la salud general de la población<sup>152</sup>. Este enfoque persigue así mejorar las condiciones de vida para fomentar el bienestar y un ambiente social protector frente al suicidio<sup>42,57,147,152,254,267,268</sup>, enfocándose en reducir aspectos de amplia vulnerabilidad. Algunos de los más destacados son el consumo de sustancias y alcohol, la soledad<sup>162,172,269-271</sup>, las condiciones laborales desfavorables, el nivel educativo, la discriminación y el acoso, el acceso a medios letales, la desigualdad y falta de equidad o la falta de soporte económico en momentos de crisis, entre otros muchos<sup>8,43,47,48,58,138,152,254,272,273</sup>.

Por todo ello, los objetivos y acciones para la prevención deben abarcar las políticas sanitarias<sup>4,48,58</sup>, pero también integrarse en las macroeconómicas, educativas, laborales, de igualdad y derechos sociales, justicia, transporte o fomento, entre otras<sup>54,57,147,152,172,254,274,275</sup>. Se trata de proporcionar los recursos individuales y sociales necesarios para enfrentar los problemas y dilemas que presenta la vida y que pueden relacionarse con la conducta suicida<sup>12</sup>. El acceso universal al sistema de salud y los servicios y planes de salud mental se consideran medidas efectivas para reducir la conducta suicida<sup>4,48,58,276</sup>. Sin embargo, se estima que la mayor parte de las personas que van a morir por suicidio no forman parte de la población clínica y por tanto, no está identificada en el sistema nacional de salud<sup>8,58</sup>. Por tanto, un liderazgo compartido entre salud y el resto de las áreas involucradas para el desarrollo e implementación de las estrategias, puede ampliar la intervención sobre múltiples factores sociales modificables. Por ejemplo, la aprobación del divorcio sin consentimiento del cónyuge en un país como EE.UU. se ha relacionado en algunos estudios con una reducción de la tasa de suicidio femenino de entre el 8 % y el 16%<sup>147</sup>.

· **Autopsia psicológica:** Técnica de investigación indirecta y retrospectiva consistente en determinar si la muerte de una persona, que se ha producido en circunstancias dudosas, es debido a causa naturales, accidente, suicidio u homicidio. Se trata de entender los factores psicológicos, emocionales y sociales que pudieron haber contribuido al fallecimiento, un conocimiento de gran relevancia para la prevención de la conducta suicida.

Idealmente, la comunidad experta sugiere que las estrategias nacionales de prevención del suicidio deberían promover un enfoque de "prevención de la conducta suicida en todas las políticas y por diseño". Asimismo, deberían ser lideradas a nivel gubernamental o por ministerios especialmente designados con un mandato intersectorial, y dotarse de recursos propios, para que las responsabilidades y acciones se repartan simultáneamente entre todos los sectores<sup>152</sup>. Países como Reino Unido o Japón cuentan con ministros específicos para ello<sup>277,278</sup>. La estrategia británica<sup>254</sup>, austriaca<sup>42</sup>, irlandesa<sup>57,259</sup> o australiana<sup>279</sup> se consideran buenos ejemplos intersectoriales basados en un enfoque nacional o también denominado de gobierno. En España, las estrategias regionales ofrecen importantes ejemplos y experiencias que pueden ser extrapolados en el ámbito nacional o a otros territorios<sup>44</sup>.

## Intervenciones universales

La prevención universal tiene como objetivo modificar aspectos del entorno social (acceso a medios, estigma, etc.) y fortalecer la resiliencia individual (conocimiento) ya que se enfocan en factores de riesgo para toda la población, independientemente de la posibilidad individual de manifestar el problema que trata de prevenirse. Algunos estudios recientes las identifican como el tipo de herramientas menos desarrolladas en España<sup>54</sup>.

### Restricción del acceso a medios letales

Restringir el acceso y disponibilidad de medios letales es una medida con probada eficacia a corto plazo en la reducción de las tasas de conducta suicida<sup>4,47,48,52,71,74</sup>.

Muchos intentos de suicidio no son planeados, implican impulsividad y existe ambivalencia en la intención, por lo que restringir el acceso a los medios permite reducir la probabilidad de llevarlo a cabo, ya que pueden funcionar como estímulo discriminativo de la conducta. Esto puede servir para "ganar tiempo", durante el cual los pensamientos suicidas se reducen y la crisis es superada<sup>40</sup>. La evidencia empírica señala que la reducción del acceso a armas, fármacos de alta letalidad (especialmente en personas mayores<sup>280</sup>) y pesticidas (en zonas rurales principalmente), así como vigilar, identificar y neutralizar puntos negros permiten una prevención efectiva<sup>4,47,48,51,281</sup>. Estos últimos consisten, en su mayoría, en lugares elevados, medios de transporte como el metro, tren (como señala el proyecto europeo RESTRAIL<sup>282,282,283</sup>) u otros. El establecimiento de barreras físicas, mamparas o mensajes preventivos que incluyan medios y contactos para la petición de ayuda actúan de forma disuasoria<sup>246,284</sup>. Los datos sobre muertes por suicidio en España recogen el medio letal, lo que puede orientar las actuaciones<sup>18</sup>.

### Prevención en los contextos educativos

Se considera que los centros educativos son el lugar "natural" e idóneo para la prevención de la conducta suicida<sup>4,285</sup> (**Cuadro 5**). La comunidad experta destaca la necesidad de mejorar la validación empírica de las estrategias y evitar acciones puntuales, inconexas o ajenas al marco de la evidencia, ya que podrían ser negativas<sup>286</sup>. La preocupación y la necesidad de acción se extiende a todos los ámbitos educativos, incluyendo el universitario<sup>287-289</sup>.

Para abordar los aspectos psicológicos que requiere la prevención del suicidio entre las personas jóvenes y adolescentes es esencial combinar varias estrategias de forma integral<sup>13,290-292</sup>. Primero, una general de promoción de la salud (a nivel curricular, a través del deporte, las artes, etc.) y del bienestar psicológico. El objetivo es fomentar el desarrollo de las habilidades y aptitudes socioemocionales para enfrentar las dificultades de la vida así como otros aspectos protectores, con actividades y espacios que permitan desarrollar la "sensación de pertenencia" al grupo. Segundo, intervenciones específicas que cuenten con respaldo empírico (**Cuadro 5**).

Esta visión de promoción y prevención integral requiere involucrar a toda la escuela (*whole-school approach*)<sup>285</sup>, lo que incluye profesorado, alumnado y familias, junto con actores externos al contexto educativo como sanidad, servicios sociales, administraciones o medios de comunicación. Algunos estudios estiman que abordar el absentismo, el acoso o los trastornos del ánimo en el ámbito escolar mediante actuaciones que fueran cien por cien eficaces podría prevenir un 28 %, un 22 % y un 26 % de muertes por suicidio, respectivamente, pero también otras problemáticas<sup>138</sup>. La coordinación y trabajo en red es de gran importancia en este ámbito para un abordaje multidisciplinar y multisectorial efectivo, por lo que es importante contar

La restricción del acceso a medios letales es una de las intervenciones más eficaces para reducir las muertes por suicidio.

Los centros educativos son el lugar "natural" para desarrollar e implementar programas para la prevención de la conducta suicida. La promoción de la salud y bienestar psicológico y el desarrollo de competencias socioemocionales son aspectos centrales.

con un profesional de la psicología que pueda actuar como persona de referencia<sup>13,285,293</sup>. Este puede además prestar especial atención a los falsos positivos o el daño iatrogénico que pueda ocasionar un exceso de atención al malestar<sup>12,286</sup>.

Algunos de los programas específicos para la prevención del suicidio más reconocidos por su eficacia y coste-efectividad<sup>294</sup> son el comúnmente denominado YAM, siglas de *Youth Aware of Mental health*, del proyecto europeo de investigación *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (SEYLE)<sup>295-298</sup>, y *Signs of Suicide* (SOS)<sup>138</sup>. Las herramientas más efectivas que los componen se recogen en el **Cuadro 5**. Estudios recientes señalan aquellas intervenciones activas específicas que reducen significativamente la probabilidad de ideación e intento suicida en el alumnado<sup>299</sup>. Su efecto estimado se equipara con la evitación de, al menos, un intento de suicidio por cada dos aulas de tamaño estándar<sup>299</sup>.

En España, son muy escasos los programas escolares empíricamente validados<sup>13</sup>, a excepción del programa YAM que se validó en Asturias (sin que hubiera transferencia posterior)<sup>138</sup> y, ya en fases avanzadas pero aún en proceso de evaluación, PostivaMente 2.0<sup>300</sup>, un plan de prevención escolar universal liderado por la Universidad de La Rioja en colaboración con investigadores de la Universidad de Oviedo y la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente, el programa YAM se aplica en algunas regiones como Galicia. A nivel universitario, existen escasos programas en España<sup>301-304</sup> y su eficacia no ha sido comprobada, lo que refleja la importancia de acelerar las acciones en estos contextos<sup>289,305</sup>.

**El incremento de la conducta suicida entre los jóvenes es preocupante en España. Existe evidencia de la efectividad de las intervenciones universales para la prevención en contextos escolares, pero aún se requieren más estudios al respecto.**

#### **Cuadro 5. La conducta suicida entre la población más joven y las herramientas específicas para prevención en contextos educativos**

Las personas adolescentes muestran, en general, un comportamiento más impulsivo y menos letal que las adultas, caracterizado por una frecuencia mayor de intentos menos graves<sup>306</sup>. En consonancia, las personas jóvenes (menos de 29 años) en España presentan menor mortalidad y tasas de suicidio que el resto, pero una mayor tendencia a la ideación suicida. La prevalencia del intento se mueve entre un 3,7 % y un 9,3 %, dependiendo del estudio<sup>13,138</sup>.

Algunos estudios independientes de organizaciones sin ánimo de lucro en España han señalado un marcado crecimiento de las conductas suicidas en los últimos años (2012-2022) entre adolescente y jóvenes, de 15 a 19 años, o menores de 15 años<sup>307</sup>. Los datos oficiales disponibles sobre muertes por suicidio en menores en estas franjas de edad no reflejan claramente esa tendencia<sup>18,65</sup>. Sin embargo, múltiples trabajos en distintas regiones españolas reconocen un incremento de la atención hospitalaria por intentos de suicidio y autolesiones asociado a la pandemia y el confinamiento entre los jóvenes, especialmente entre las mujeres y tras el confinamiento<sup>64,308-310</sup>. Otro aspecto sociocultural comúnmente asociado con el incremento señalado es la influencia de internet y las redes sociales, aunque la evidencia al respecto es insuficiente<sup>311-316</sup> (ver siguiente sección).

Actualmente, los factores mejor relacionados con la conducta suicida entre personas jóvenes y adolescentes<sup>38,317,318</sup>, todos modificables, son trastornos de ansiedad y depresión clínicos y subclínicos<sup>319</sup>, consumo de alcohol<sup>320</sup> u otras sustancias<sup>321</sup>, absentismo escolar, problemas familiares<sup>322</sup> y antecedentes de suicidio<sup>323</sup>, abusos y ser víctima de *bullying*<sup>324,325</sup>, que ahora se extiende fuera de los centros educativos y a todos los días del año de forma digital (*cyberbullying*). También existen otros, como el uso desadaptativo o patológico de internet<sup>321,326,327</sup>, eventos estresantes y frustrantes (rupturas con amistades o parejas, estado de salud de familiares, muerte de un ser querido y otros muchos)<sup>322</sup>, el sentimiento de ser una carga y el de no pertenencia<sup>328</sup>, o estilos de vida poco saludables (patrón de sueño y actividad física, consumo de bebidas energéticas, etc.)<sup>329-331</sup>.

Las herramientas específicas de prevención en el contexto escolar incluyen sistemas de evaluación y detección<sup>138</sup> que permitan la intervención temprana cuando sea necesario<sup>332</sup>, así como acciones específicas. Entre estas últimas, las que se incluyen en los programas para contextos escolares por la mayor evidencia disponible sobre su eficacia son: concienciación y educación vía currículo, entrenamiento de liderazgo de pares, entrenamiento de competencias socioemocionales del alumnado y entrenamiento del personal del centro<sup>13,299</sup>. Crear un espacio seguro para los adolescentes en el que puedan opinar sin ser juzgados y proporcionarles estrategias para pedir ayuda ante el malestar emocional de uno mismo o de un compañero son aspectos específicos de utilidad<sup>295,298,333</sup>. Para la detección puede recurrirse a una evaluación más amplia de las competencias sociales y emocionales del alumnado, como se hace para otras habilidades (como en el caso del informe PISA). Estas podrían incluir pruebas de medida específicas validadas en España como SENTIA, la escala Paykel y la Columbia<sup>13,38,334,335</sup>.

**Es necesario evaluar la efectividad y la posibilidad de efectos no deseados de las intervenciones que se desarrollen.**

Conviene señalar que algunos estudios cuestionan la utilidad de los métodos de *screening* destinados a detectar personas especialmente vulnerables en los contextos escolares<sup>336</sup> (recogidos en el **Cuadro 5**). Recientemente, también se ha señalado que algunas intervenciones escolares para la salud mental pueden causar daños iatrogénicos<sup>12,286</sup>. De acuerdo con estos autores, esto es especialmente relevante para los enfoques universales, en los que todo el alumnado está expuesto al mismo contenido, pudiendo ser útil, irrelevante o incluso dañino, en función de la persona. Aún no se conocen bien los mecanismos por los que esto ocurre, pero pone de relieve la importancia de evaluar las herramientas siempre de forma precisa e informar en caso de detectar efectos adversos (como en los ensayos clínicos). Es un punto de partida ético y necesario para poder avanzar y mejorar la prevención entre los más jóvenes<sup>12</sup>.

## **Comunicación responsable y sensibilización: medios, internet y redes sociales**

**La información y la sensibilización sobre conducta suicida es una herramienta necesaria para la prevención.**

No se puede prevenir algo de lo que no se puede hablar<sup>55</sup>. Los medios de comunicación juegan un importante papel en la construcción de la realidad y tienen una importante responsabilidad en la prevención del suicidio<sup>37</sup>. Por un lado, pueden facilitar la visibilización y sensibilización<sup>61</sup> al reducir el estigma y los mitos sobre el suicidio<sup>4</sup>, mejorar la identificación de señales de alerta<sup>63</sup> y la comprensión generalizada del fenómeno y los factores de riesgo<sup>55</sup>. Por otro, la forma en que comunican sobre el fenómeno, los recursos de ayuda que ofrecen y los sucesos relacionados expuestos determinan si actúan como factor de riesgo o protector. Existe abundante evidencia que pone de relieve la existencia del llamado **efecto Werther**<sup>4,147,338,339</sup>. Consiste en un aumento del riesgo de imitación, es decir, la probabilidad de intentos y muertes por suicidio, en los días subsiguientes a una información inadecuada. Afecta especialmente a población vulnerable, como adolescentes, y el **efecto contagio** se amplifica cuando involucra la muerte de personas famosas<sup>340</sup>. Por el contrario, el **efecto Papageno**, basado en una comunicación adecuada sobre la conducta suicida, actúa en sentido opuesto de forma preventiva<sup>4,147,338,339</sup>. La disyuntiva aplica también en otros contextos como la comunicación institucional, redes sociales o internet.

**Los medios de comunicación pueden contribuir informando de forma rigurosa, evitando el estigma, ofreciendo testimonios esperanzadores y recursos de ayuda. Por el contrario, pueden aumentar el riesgo de imitación en personas vulnerables si publican información de riesgo y de forma sensacionalista.**

La OMS y múltiples organismos llevan años instando a los medios y periodistas a actuar como agentes para la prevención, apoyándose en la publicación de guías que favorezcan el efecto Papageno a nivel internacional<sup>341-343</sup> y nacional<sup>344,345</sup>. Estas destacan la importancia de evitar una cobertura glamorizada y sensacionalista de las muertes y referencias detalladas a los métodos de suicidio y centrar así las noticias en la pérdida y no en el hecho del suicidio para evitar el sensacionalismo y fomentar el rigor, el respeto y la responsabilidad<sup>40,345</sup>. Es beneficioso cambiar, en definitiva, el enfoque de sucesos por el de salud<sup>55</sup> y, para ello, promover historias de esperanza y recuperación que normalicen el sufrimiento, prevengan el estigma y proporcionen siempre detalles sobre cómo obtener ayuda. En España, no existe un órgano externo que supervise estas prácticas y los estudios existentes indican una baja adherencia a las recomendaciones<sup>56,346-352</sup>. El personal especializado pone de relieve también la falta de controles internos, como un redactor o editor de referencia formado al respecto. Además, algunos estudios señalan que se han realizado pocas campañas de concienciación a nivel institucional o de gran alcance en comparación con otros países europeos<sup>353</sup>.

Por tanto, la comunidad experta destaca la importancia de implementar una política comunicativa coherente y ética dentro y fuera de los medios de comunicación. También abordar todos estos aspectos en la formación académica de periodistas y comunicadores así como mediante la difusión de guías de estilo actualizadas para una mayor sensibilización del sector<sup>4</sup>. Tanto la sensibilización de la población general como el uso de guías para fomentar medios de comunicación responsables se consideran medidas aconsejables para reducir la incidencia de la conducta suicida, pero aún se requieren más estudios que refuercen la evidencia sobre su grado de eficacia<sup>48,354</sup>.

· **Efecto Werther**: Fenómeno por el cual la cobertura mediática del suicidio, especialmente cuando es sensacionalista o detallada, puede desencadenar un aumento en los suicidios y comportamientos imitativos en personas vulnerables. Este efecto fue nombrado en alusión a la novela *Las penas del joven Werther* de Johann Wolfgang von Goethe, en la cual el protagonista se suicida, lo que se cree que inspiró una serie de suicidios imitativos en el siglo XVIII.

· **Efecto Papageno**: Fenómeno en el cual la cobertura mediática responsable y positiva sobre el manejo de crisis y la superación de pensamientos suicidas puede tener un efecto preventivo, ayudando a reducir la incidencia de suicidios. Recibe su nombre del personaje Papageno en la ópera *La flauta mágica*, de Wolfgang Amadeus Mozart, quien reconsidera el suicidio tras ser consolado y apoyado por otros personajes.



**La relación entre internet y la conducta suicida no se comprende aún de forma completa y supone un desafío: internet ofrece nuevas oportunidades para la prevención, pero también múltiples riesgos.**

En el caso de internet, grandes buscadores y redes sociales, existen algunas diferencias importantes. En la actualidad, se encuentran entre los principales medios empleados por la población para informarse, pero monitorizar los riesgos es mucho más complejo en este contexto<sup>337</sup>. La evidencia para establecer una relación con el aumento o descenso de la conducta suicida es menor que en el caso de medios tradicionales<sup>355-360</sup>. En internet, coexisten páginas y espacios *anti* y *pro* suicidio, por lo que puede funcionar como una red de apoyo (algo que señalan proyectos en el contexto europeo, como SUPREME<sup>361,362</sup>), como agente de cambio y protección, pero también como agente instigador<sup>313</sup>.

El debate en torno a los riesgos<sup>313</sup> y las oportunidades para la prevención suicida que propicia internet sigue abierto<sup>40,363,364</sup>, incluyendo directrices que tratan de orientar cómo presentar y discutir sobre conducta suicida en redes sociales para minimizar el riesgo<sup>365-367</sup>. Entre los riesgos, destaca el acceso a contenidos inadecuados y que fomentan conductas perjudiciales, el uso adictivo de redes o el ciberacoso y la extorsión, entre otros muchos. Por el contrario, el ecosistema también puede brindar nuevas oportunidades para la vigilancia, identificación y prevención indicada y selectiva<sup>313</sup> (**Cuadro 4**). El uso de algoritmos y otras técnicas que puedan reconocer de forma automatizada conductas y contenidos de riesgo<sup>368-371</sup> o prosuicidio para poder actuar y la responsabilidad de las plataformas digitales al respecto están aún sometidos a diversos debates legales, técnicos y éticos<sup>372,373</sup>. En el extremo contrario, los algoritmos de los motores de búsqueda y recomendación podrían favorecer la visibilización de contenidos o noticias desarrolladas desde una perspectiva preventiva. El personal especializado destaca también que la formación sobre conducta suicida de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad que operan en la red puede también mejorar la detección y valoración de posibles personas en riesgo.

### Líneas telefónicas de ayuda gratuitas 24h

**España cuenta con múltiples líneas para la atención e información ante la conducta suicida, como el número nacional, 24h y gratuito 024.**

Su objetivo es contener o reducir la intensidad del sufrimiento en un momento determinado, el riesgo de conducta suicida y derivar a los servicios especializados cuando sea necesario. Se trata de una medida recomendada por la comunidad experta<sup>3,4,58,374</sup>, pero la evidencia disponible sobre su efectividad es heterogénea y se considera insuficiente para determinar este aspecto con precisión<sup>58,375,376</sup>.

España cuenta con una línea telefónica, de chat y en lengua de signos, el 024, promovida por el Ministerio de Sanidad desde 2022<sup>377</sup>. Hasta la fecha, señalan que han atendido unas 260.000 llamadas, de las cuales 12.800 fueron derivadas a urgencias y 5.668 se correspondieron con intentos<sup>378</sup>. Existen además varios teléfonos de ayuda de más antigüedad operados por asociaciones y organizaciones sin ánimo de lucro, como el Teléfono de la Esperanza<sup>379</sup> (717003717), la fundación ANAR<sup>380</sup> para la población más joven (900202010) o servicios de carácter regional o local (comunidades autónomas o ayuntamientos)<sup>381</sup>, entre otros<sup>63,382-384</sup>. Organizaciones profesionales como Papageno<sup>385</sup> y la Red AIPIS-FAeDS<sup>386</sup> son parte del amplio conjunto de organizaciones de carácter nacional o regional que ofrecen su ayuda<sup>63,382</sup>.

## Intervenciones selectivas

Actúan sobre la vulnerabilidad derivada de los factores que aumentan la incidencia de conductas suicidas respecto a la media poblacional, en un grupo de personas determinado. Se trata de factores y variables macro y micro que definen la inequidad, la desigualdad, la exclusión social y diversos determinantes sociales (demográficos, ambientales, estilo de vida y acceso a recursos, etc.)<sup>387</sup>.

### Grupos demográficos

**Entre otros, las personas mayores, algunas profesiones como sanitarios y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, o personas con dificultades socioeconómicas configuran algunos grupos de población vulnerable bien definidos.**

Según la edad, se destacan como vulnerables las personas jóvenes y adolescentes<sup>388</sup> (**Cuadro 5**) y las personas mayores<sup>270,389</sup>. Las últimas muestran tasas que duplican la media nacional a partir de los 70 años (cuadruplican en el caso de hombres)<sup>16</sup>, por lo que la comunidad experta destaca a nivel nacional e internacional la necesidad de reforzar la prevención en estos grupos<sup>270,280,389,390</sup>. Las acciones se centran en mitigar la soledad, el aislamiento y otros factores de riesgo característicos<sup>49,270,271,390,391</sup>. Además, la implementación de estrategias específicas a nivel nacional y programas para las residencias de mayores como se ha hecho en algunos países<sup>262,270,389,392</sup> es un aspecto que parte de la comunidad experta señala como necesario en el contexto español<sup>389</sup>.

La denominada **paradoja de género** (común en Occidente) también es relevante y define aproximaciones diferenciadas para hombres y mujeres<sup>393,394</sup>. Incluye subgrupos con tasas de suicidio como primera causa de muerte, como las mujeres en periodo perinatal en algunos países occidentales<sup>395-400</sup>.

Las dificultades socioeconómicas<sup>253,401-404</sup>, el nivel de alfabetización y cultural<sup>388,388,405</sup>, o el estado civil<sup>406-408</sup> configuran también grupos vulnerables a la conducta suicida. Existen, además, variaciones geográficas marcadas por la tendencia de concentración del fenómeno en áreas concretas. Estas se caracterizan normalmente por su carácter rural, una población envejecida, el aislamiento y acceso limitado a recursos asistenciales<sup>16,387</sup>. En España, algunas zonas concretas de Asturias, Galicia y Andalucía requieren especial atención, sin que realmente se conozcan los determinantes de las elevadas tasas<sup>409</sup>.

Respecto a la ocupación<sup>405,410</sup>, las áreas profesionales con alto riesgo, como Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o autonómicos<sup>411-416</sup>, militares<sup>417,418</sup> y personal sanitario<sup>419,420,420</sup>, necesitan estrategias específicas de prevención<sup>418,421</sup>, debido al acceso a medios letales y su conocimiento<sup>422</sup> y el elevado estrés que padecen<sup>423-425</sup>. Por ejemplo, según datos presentados en sede parlamentaria, en 2023, seis policías y diez guardias civiles murieron en España por suicidio<sup>426</sup> y existen múltiples estudios que recalcan la necesidad de prevención entre profesionales sanitarios. Las personas en trabajos manuales y menos cualificados también muestran especial vulnerabilidad<sup>405</sup>. El debate en torno al suicidio como accidente laboral, asociado al estrés, el acoso u otras razones está abierto<sup>427</sup> como señalan varias acciones judiciales en España<sup>428,428</sup>.

## Personas en riesgo de exclusión social y aislamiento

La exclusión y rechazo social conforma grupos de poblaciones que muestran una mayor presencia de factores de riesgo para las conductas suicidas<sup>387</sup>. Conviene además tener en cuenta que la propia presencia de conductas suicidas, sobre todo intentos (ver sección Prevención indicada)<sup>217,387</sup>, puede motivar estos procesos sociales.

Las personas en situación de pobreza, especialmente aquellas sin hogar, muestran elevadas tasas de suicidio. Los pocos datos disponibles estiman que cerca de un 25 % de las personas sin hogar en España intentan suicidarse<sup>429</sup>, aunque existen razones para pensar que es más elevada<sup>429-433</sup>.

Distintos estudios señalan que las personas LGBTQ+ debido a la discriminación<sup>434</sup> muestran una probabilidad de intento de suicidio entre dos y tres veces superior a la de la población general<sup>435,436</sup>. Aunque existen fuertes variaciones entre estudios, países etc., algunos trabajos estiman que entre 11 % y el 20 % de la población perteneciente a minorías sexuales intenta suicidarse<sup>437</sup>. La cifra puede ascender al 30-50% en personas transexuales<sup>438-441</sup>. Los porcentajes de personas que muestran ideación son aún mayores en estos grupos de población. También necesitan programas de atención específicos por su mayor vulnerabilidad y elevadas tasas de suicidio<sup>387</sup> la población reclusa<sup>442,443</sup>, en privación de libertad o al recuperarla, y aunque existen escasos datos al respecto en el contexto español, algunos trabajos internacionales señalan también algunas minorías racializadas y personas migrantes<sup>444-446</sup>.

## Víctimas de violencia

Incluye a quienes han sufrido situaciones traumáticas y de violencia, tanto víctimas como perpetradores, en contextos como la familia, la escuela o el trabajo. La violencia puede ser psicológica, emocional, física o sexual y concretarse en el ámbito intrafamiliar, en el maltrato infantil, a personas mayores o mujeres, el acoso laboral, escolar o sexual<sup>387,447,448</sup>. Por ejemplo, estudios recientes en España señalan que la violencia psicológica y de control, así como el miedo a la pareja, influyen en el pensamiento e intento suicida de las mujeres<sup>449</sup>.

**Paradoja de género:** Se refiere a la presencia de mayores tasas de suicidio entre hombres y de mayores tasas de intentos entre mujeres en la mayoría de los países y culturas. Múltiples teorías tratan de dar respuesta al fenómeno basados en diferencias asociadas al sexo (biología) y al género (social y cultural), como la teoría de la letalidad (tipo de medios usados), la del sesgo de recuerdo (comunicar más o menos), prevalencia de depresión y consumo de alcohol (antidepresivos como factor protector en mujeres, alcohol como de riesgo en hombres) y la socialización (aceptación de la conducta como masculina).

**Colectivos vulnerables como personas sin hogar o LGBTQ+, entre otros muchos, muestran tasas de suicidio superiores a la población general debido a la discriminación que padecen.**

**Las víctimas y muchas veces también los perpetradores de la violencia conforman grupos vulnerables a la conducta suicida.**

**Los trastornos por adicciones, especialmente alcohol, se han relacionado extensamente con una mayor vulnerabilidad y riesgo ante la conducta suicida.**

**La formación de guardianes o gatekeepers es una acción preventiva recomendada por el personal experto, pero aún se requieren más estudios sobre su efectividad.**

## **Enfermedad y dolor crónico, adicciones y trastornos mentales**

Múltiples grupos vulnerables se configuran en torno al estado de salud<sup>43</sup>. Por un lado, destacan la presencia de enfermedades y dolor crónico y discapacidad<sup>387,450,451</sup>. Por otro lado, la población con trastornos mentales (ver secciones El desafío de la predicción y la oportunidad de la prevención y la de Tratamientos especializados) y adicciones son también especialmente vulnerables.

En España, el mayor número de atenciones en urgencias por intento de suicidio se produce durante fines de semana y bajo los efectos del alcohol y/o drogas recreativas, cuyo consumo en población menor preocupa cada vez más<sup>79</sup>. Los datos en España señalan que pueden actuar como factores precipitantes<sup>452</sup>. Se estima que el consumo de alcohol previo de forma general se da en gran parte de las muertes por suicidio y de los intentos, si bien existen fuertes variaciones entre estudios en la cifras concretas<sup>453</sup>. La relación entre ambos factores es ampliamente reconocida<sup>454,455</sup>, aunque existen variaciones culturales entre países asociadas a la forma de consumo<sup>456,457</sup>. La prevención de los trastornos por abuso del alcohol y otras adicciones comportamentales, se considera una medida eficaz para reducir las conductas suicidas<sup>453,456,458-460</sup>.

## **Reducir la vulnerabilidad: intervención comunitaria y los gatekeepers o guardianes**

La prevención en estos contextos requiere minimizar los factores que generan vulnerabilidad y amplificar los protectores<sup>387</sup>. El apoyo y cooperación social son esenciales para ello<sup>440,461-463</sup>. Entre los objetivos, está mejorar la visibilidad de los grupos y la complejidad de sus realidades para sensibilizar a la población general, reducir el estigma, y favorecer los procesos de integración social. Su abordaje admite intervenciones psicológicas y sociales, especialmente a nivel comunitario, que además facilitan el acceso a servicios especializados<sup>50,252,438,440,463-469</sup>. Por tanto, cobra gran relevancia la labor del personal de servicios sociales (educación y trabajo social, normalmente, y psicología), que sostienen psicológicamente a cientos de miles de personas en España<sup>55</sup>. Además, la formación de guardianes o *gatekeepers*, las líneas y servicios de ayuda especializados para los colectivos vulnerables e instrumentos como el asociacionismo<sup>152</sup> y los grupos de ayuda mutua configuran la respuesta en este nivel de prevención<sup>387</sup>.

La presencia de *gatekeepers* en la intervención comunitaria consiste en la formación de personal clave de servicios sociales, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o autonómicas, bomberos y bomberas y personal farmacéutico para la población general. Incluye también la formación de figuras en contacto con grupos específicos de población, como personal dedicado a los cuidados, educación o sanitario<sup>8,52</sup> e, incluso, familiares y allegados de personas en riesgo<sup>470</sup>. En EE. UU., algunas iniciativas en los grupos más desfavorecidos están recurriendo a la *formación de pares*, inspirándose en el modelo “un banco compartido”, *friendship bench* en inglés, y otras experiencias de salud pública de corte comunitario<sup>471,472</sup>. En ellas, personas que pertenecen a la propia comunidad desfavorecida y saben cómo vivir en ese contexto son formados e interaccionan con sus vecinos en espacios comunitarios (públicos u otros como barberías, lavanderías, etc.) para proporcionar ayuda y comprensión, y dirigirlos hacia los servicios que puedan requerir.

La presencia de *gatekeepers* se ha probado en poblaciones militares, religiosas, escolares, personal sanitario y en la población general con resultados positivos<sup>58</sup>, aunque se necesita más evidencia sobre su eficacia individual<sup>47,48,88,473-475</sup>. Además, la formación del personal sanitario es especialmente relevante (ver siguiente sección).

· *Gatekeepers*: Personas con un rol prominente en la comunidad (están en contacto con grupos poblacionales determinados). Tienen la capacidad de identificar a personas en riesgo de suicidio y conectarlas con los recursos adecuados para obtener ayuda. Se les ofrece, para ello, entrenamiento específico para reconocer los factores de riesgo suicida e iniciar acciones de ayuda y derivación básicas. Estos individuos pueden ser profesionales de la salud, educadores, pares o líderes comunitarios, farmacéuticos, educadores y trabajadores sociales, amigos, familiares, etc.

## Intervenciones indicadas: atención en crisis y el sistema de salud

**Las medidas más efectivas para mejorar la prevención del suicidio en el contexto clínico se relacionan con: la formación, la evaluación, el seguimiento y la aplicación de tratamientos específicos.**

Las intervenciones indicadas se enfocan sobre las personas que ya muestran conductas suicidas. Entre ellas, un intento de suicidio previo es el factor conocido más correlacionado con una posible muerte por esta causa. Además de a este, las intervenciones indicadas se dirigen a otros factores como los trastornos mentales y las adicciones, la ideación suicida, las enfermedades físicas crónicas, la discapacidad o los antecedentes familiares de suicidio<sup>52</sup>. Existen diversos documentos de consenso y sobre el tipo de intervenciones prioritarias para dar respuesta a estas necesidades<sup>87,213</sup> y su eficacia<sup>43,48,74,98</sup>.

Las intervenciones indicadas más efectivas para prevenir el suicidio se relacionan con una adecuada evaluación, seguimiento y aplicación de tratamientos psicológicos específicos a cada caso<sup>4,43,48,74,98</sup>. Para llevarlas a cabo, es importante un desarrollo organizativo y financiero que permita implementar equipos sanitarios que puedan cumplir las múltiples funciones que requieren estas intervenciones, en distintos servicios, como urgencias o atención primaria<sup>213</sup>. Además, el personal especializado indica que puede mejorarlas y fortalecerlas significativamente la creación de una red que pueda orientar la aplicación y evaluar la efectividad de las estrategias asistenciales de forma homogénea en el territorio.

**A nivel nacional, la comunidad experta señala algunas deficiencias en el sistema de salud que deben ser percibidas como retos en materia de prevención del suicidio.**

Actualmente, existen modelos para la integración de la prevención y manejo de la conducta suicida en el sistema de salud<sup>1255,476-478</sup>. Sin embargo, la comunidad experta señala deficiencias en el sistema español que deben ser percibidas como retos en el terreno<sup>478</sup>. De forma transversal, la disponibilidad de recursos y especialistas de salud mental en el sistema público (cuyos escasos datos disponibles sugieren que España se ubica por debajo de la media europea) y la falta de coordinación entre servicios o con otros sectores relacionados, son aspectos clave que pueden dificultar los avances necesarios<sup>55,56,479-483</sup>. De forma más específica, entre otros factores, parte del personal experto destaca algunas deficiencias derivadas de la fragmentación y falta de continuidad asistencial en el sistema sanitario y de cuidados que impiden estrategias preventivas eficaces<sup>55,478</sup>.

**Una importante parte de la gente que muere por suicidio accede a atención primaria o urgencias sin llegar a los servicios especializados, lo que refleja la importancia de que todo el personal sanitario se forme en materia de prevención suicida.**

### Formación de todo el personal sanitario

Algunos datos a nivel internacional<sup>484</sup> y nacional<sup>392,485</sup> sugieren que una importante parte de las personas que fallecen por suicidio acuden a consulta médica de atención primaria y otros entornos no psiquiátricos en los 30 días previos a su muerte, la mayoría si se consideran los doce meses previos. Aunque se trata de datos que no pueden generalizarse, ya que fluctúan entre estudios, regiones y factores como la edad o el tiempo, reflejan la importancia de actuar en distintos niveles asistenciales y de considerar la prevención de la conducta suicida como un objetivo compartido por todo el ámbito sanitario<sup>219</sup>.

Numerosos estudios indican que la capacitación del personal sanitario en todos los niveles reduce la ideación, intentos y mortalidad suicidas<sup>51,88,486,487</sup>, aunque se necesita más evidencia para confirmarlo<sup>8,48,87</sup>. A nivel nacional, el personal experto califica este tipo de acciones de necesarias<sup>6,55,478</sup>. También señala que el abordaje de la conducta suicida debe incluirse en la formación de los especialistas en salud mental y otras disciplinas implicadas en España<sup>6,55</sup>. Aunque parte de la comunidad experta señala que la formación específica de postgrado en España ha aumentado recientemente (aspecto muchas veces desconocido), otra, destaca que grados genéricos como Psicología carecen en su mayoría de formación específica al respecto en sus programas<sup>6</sup>.

**El personal sanitario, bomberos y Cuerpos y Fuerzas de seguridad del Estado, entre otros, requieren de una preparación adecuada para la intervención en crisis suicidas que favorezca la prevención y el cuidado de su propia seguridad y bienestar.**

### Intervención e intervinientes en crisis

Constituye el primer eslabón asistencial en la relación de ayuda urgente. Normalmente, esta se dirige a personas en máximo riesgo en el aquí y en el ahora, a alguien que está tratando de materializar su decisión de quitarse la vida, por lo que puede requerir acciones de rescate inmediatas<sup>488,489</sup>. Se trata de un contexto en el que no se cuenta con los recursos propios del ámbito sanitario y que puede suponer, en algunas ocasiones, riesgos directos para los propios intervinientes<sup>488,489</sup> como bomberos o Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado<sup>102,488-492</sup>. Su objetivo final es entregar a la persona afectada al personal interviniente del área de la salud

y, muchas veces, comunicarse y mediar con los familiares<sup>488,493,494</sup>. En su conjunto, implica mecanismos de intervención semiestructurados que incluyen la acogida, el acompañamiento y apoyo del afectado y allegados<sup>488</sup> y atención especializada psicológica<sup>488,493</sup> y/o médica<sup>494</sup>.

El personal experto señala la importancia de establecer protocolos de actuación (existen diversos ejemplos locales<sup>495</sup>) en todo el territorio que se ajusten a las características de la situación y sus riesgos<sup>492</sup>. Por un lado, ya que no se corresponde con un problema de desorden público, requiere definir las competencias y mejorar la coordinación entre los intervinientes. Por otro, se considera una potencial situación crítica para este personal, ya que puede resultar afectado. Se hacen por ello necesarias acciones de afrontamiento individual del estrés y formación específica respecto a la conducta suicida para reforzar la resiliencia de todo el personal interviniente, así como mejorar la capacidad de intervención y comunicación con familiares y allegados<sup>49,55,491</sup>, una demanda ampliamente extendida entre estos sectores.

## Evaluación de la conducta suicida: del riesgo a la evaluación terapéutica

**La entrevista clínica es el principal método recomendado para la evaluación. Supone a su vez una intervención, ya que conviene que más allá de la determinación del riesgo, se centre en buscar la forma más adecuada de prevenir el suicidio en cada caso.**

Consiste en evaluar la conducta suicida de una persona que accede al sistema de salud y, en función de ello, establecer el tratamiento y las pautas a seguir. Aunque existen varios niveles, de forma general, son las personas con intentos previos<sup>216,217,387</sup> (con variaciones por letalidad del medio, impulsividad, crisis suicida activa, etc.), las que más preocupan. Se trata de una cuestión de gran importancia, dada la alta probabilidad de repetición en las semanas siguientes tras un intento<sup>455,496–500</sup>. Aunque existe una importante variabilidad entre estudios, algunos señalan que el 16 % lo reintentará y entre el 0,5 % y el 2 % muere por suicidio en los seis meses siguientes<sup>498,499</sup>, si bien el riesgo considerable se extiende hasta tres años tras el intento<sup>498</sup>. En España algunos estudios indican que la evaluación no es un aspecto rutinario ni sistematizado en urgencias ni en atención primaria<sup>38,478</sup>. También señalan la necesidad de implementar protocolos específicos y sistematizar y mejorar la evaluación en el sistema español<sup>155,478</sup>. Existen visiones algo diferenciadas en cuanto al *cómo*, el *cuándo* y el *dónde* y el *para qué* de la evaluación, que se alinean con diferentes conceptualizaciones del fenómeno (Sección Un desafío Complejo).

Respecto al *cómo*, la comunidad experta señala la **entrevista clínica** como el mejor método para la evaluación<sup>477,501</sup>. Adaptada a los objetivos y necesidades del contexto clínico, conviene que incluya una valoración conductual, de riesgo y **contextual-fenomenológica**. Las escalas estándar y distintos tipos de cuestionarios validados<sup>40</sup> pueden usarse de forma orientativa en atención primaria o urgencias, junto a estrategias breves<sup>502</sup>, como “kits rápidos” basados en esquemas simples de preguntas<sup>503</sup>. Las nuevas tecnologías pueden también abrir nuevas oportunidades para la evaluación<sup>504,504–506</sup> (**Cuadro 4**).

En torno al *cuándo* y *dónde*, parte del personal experto destaca la importancia de la evaluación sistemática en todas las personas que llegan a urgencias y muestren señales de alerta<sup>74,262,507–511</sup>. Es conveniente que las personas con historial suicida en el último año reciban una evaluación integral (clínica y toxicológica, factores personales, información de los familiares cuando sea posible) y sean derivadas al especialista<sup>213</sup>. Sin embargo, algunos estudios señalan la escasa evidencia sobre la eficacia de ampliar la evaluación, dada su limitada capacidad predictiva<sup>51,75,487</sup>. Esto, unido a limitaciones en los recursos disponibles, cuestiona las decisiones clínicas basadas en predicciones de alto riesgo<sup>156,205,207</sup>.

Desde esta perspectiva, la tarea en la evaluación no sería tanto predecir el riesgo de suicidio, sino llevar a cabo una evaluación terapéutica. Esto implica buscar la forma más efectiva de prevenirlo y generar una atención que promueva la continuidad de cuidados, evitando el desamparo de la persona y sus familiares<sup>131,205,207,213</sup>. De hecho, para parte del personal experto la evaluación y la intervención son procesos indisolubles<sup>501</sup>. Se trata de un momento clave para lograr que la persona sienta que se encuentra en un entorno seguro, lo que se puede favorecer con una relación terapéutica basada en la aceptación, la confianza, el acompañamiento y el

· **Entrevista clínica:** Proceso estructurado en el cual un profesional de la salud mental evalúa el riesgo de suicidio de una persona mediante una serie de preguntas y técnicas de evaluación.

· **Contextual-fenomenológica:** Centrado en la comprensión del proceso/conducta suicida. Interesa para ello valorar, además de la conducta suicida, el dolor psicológico, el estilo personal y las estrategias de afrontamiento, para analizarlos desde la perspectiva del contexto vital-biográfico de la persona.



apoyo<sup>15,207,213,512</sup>. En la misma dirección, es aconsejable la toma de decisiones colaborativas con pacientes y familiares, incluyendo la formulación de decisiones anticipadas, en torno al tratamiento y la hospitalización<sup>213,477</sup>. Todos ellos son aspectos que pueden además favorecer la adherencia a los tratamientos e indicaciones, algo que suele ser complejo<sup>213,477</sup>.

## Cadena de atención y seguimiento

**Una cadena de atención continua y el seguimiento tras el alta han demostrado ser dos de los aspectos más eficaces para prevenir la muerte por suicidio.**

El seguimiento que constituya una relación de ayuda y la supervisión de las personas con conductas suicidas que están en contacto con profesionales clínicos o sanitarios se considera una parte central de la prevención. La falta de coordinación y la fragmentación asistencial entre servicios (tiempo para citas con especialistas, entre citas, etc.) o entre niveles de atención, la ausencia de un referente dentro del personal responsable de la asistencia y el momento del alta, con o sin ingreso hospitalario, definen momentos de gran riesgo de reintento suicida. En consecuencia, la existencia de protocolos específicos y un itinerario o cadena de atención continua y coordinada, que incluya el acompañamiento de un especialista<sup>3,4,478,513,514</sup>, es una medida efectiva y eficaz en la reducción del reintento y la muerte por suicidio<sup>48,255,477,478,509,513,515,516</sup>. Tras el alta, entre las medidas eficaces, está la adopción de un plan de seguimiento y seguridad (proactivo, con múltiples citas programadas a corto plazo y con visión a largo plazo incluyendo contactos informales como emails, llamadas, etc.)<sup>255,516</sup>, como el denominado Código de riesgo suicida<sup>517</sup>. Este debe incorporar un enfoque multimodal a largo plazo de los tratamientos más efectivos (ver siguiente sección), además de apoyarse en el cuidado continuado a nivel comunitario<sup>213</sup>.

## Tratamiento especializado de la conducta suicida

**Existen tratamientos psicológicos a medio-largo plazo con eficacia probada en la reducción de la conducta suicida y múltiples intervenciones breves que cuentan cada vez con más evidencia científica sobre sus resultados.**

Algunos estudios señalan que la asistencia especializada en servicios de salud mental es una de las medidas más efectivas en la prevención del intento y la muerte por suicidio entre las personas que entran en contacto con los servicios de salud<sup>50</sup>. La comunidad experta destaca la importancia de tratar la conducta suicida como un problema independiente y centrar el esfuerzo terapéutico en ello, independientemente de los trastornos subyacentes, si es que existen<sup>55,73,187</sup> (**Cuadro 4**). El acceso a un tratamiento correcto de los trastornos, o de otros problemas de salud, es de gran relevancia para reducir la vulnerabilidad y evitar que actúen como factor de riesgo<sup>4,48,58,276</sup>.

Los principales **tratamientos psicológicos** que resultan efectivos como estrategia a medio-largo plazo en la mitigación de la ideación y conductas suicida están ampliamente descritos<sup>11,40,74,87,508,518</sup>. En España, parte de la comunidad experta destaca la importancia de garantizar el acceso urgente y continuado a tratamientos psicológicos específicos en el sistema de salud<sup>478</sup>. Por otro lado, las intervenciones breves, como contactos con las personas, telefónicos o por correo, refuerzan el seguimiento y la intervención psicoeducativa tras una crisis suicida<sup>74</sup> y son fáciles de implementar con un bajo costo<sup>518</sup>. Incluyen estrategias para respuestas inmediatas y a largo plazo. Entre ellas, el denominado "**plan de seguridad**"<sup>519,520</sup> destaca por la mayor evidencia sobre su eficacia<sup>74,213,255</sup>.

Las intervenciones psicoeducativas, destinadas a mejorar la comprensión y habilidades para el manejo y prevención del fenómeno, pueden dirigirse tanto a pacientes como a su entorno<sup>213</sup>. Pueden mejorar la adherencia a los planes y tratamientos, aunque aún requieren de más investigación<sup>521</sup>. En España, existe en la actualidad un ensayo clínico dedicado a valorar la eficacia de los planes de seguridad<sup>522</sup> y algunos trabajos sobre seguimiento telefónico e intervenciones psicoeducativas han obtenido niveles de eficacia dispares, lo que se puede asociar con la heterogeneidad con que se implementan estas estrategias, por lo que son necesarios más estudios<sup>87,496,521,523-525</sup>.

· **Tratamientos psicológicos:** Los que cuentan con mayor evidencia sobre su efectividad para reducir las conductas suicidas son la terapia cognitivo-conductual, de forma transdiagnóstica, y la dialéctico-conductual en el caso de jóvenes con trastorno límite de la personalidad.

· **Plan de seguridad:** Un plan de seguridad es una estrategia personalizada desarrollada conjuntamente entre un profesional de la salud mental y una persona en riesgo de suicidio. Este plan proporciona un conjunto de pasos y recursos que la persona puede utilizar para mantenerse segura en momentos de crisis. Incluye identificación de señales de advertencia, estrategias de afrontamiento, activación de la red de apoyo (familia, amigos, profesionales, grupos de apoyo), o adopción de un entorno seguro (eliminación de medios letales, lugares seguros), entre otros aspectos.

**Existen tratamientos farmacológicos a medio largo plazo indicados. Además, hay avances prometedores en este campo para la reducción de la ideación ante una crisis de forma casi inmediata.**

El uso de la farmacología en el suicidio es complejo<sup>73,87,88,148</sup>. Existen pocas alternativas y datos disponibles y no hay un consenso generalizado respecto a algunos tratamientos existentes<sup>213,477</sup>. No obstante, se recomienda su utilización en personas que hayan recibido diagnósticos como depresión, especialmente depresión mayor, trastorno bipolar y esquizofrenia<sup>40</sup>. Su uso está vinculado al propio tratamiento del diagnóstico subyacente. Sin embargo, recientemente, algunos estudios proponen el uso de fármacos que pueden actuar a corto plazo directamente sobre la conducta suicida para reducir la ideación en situación de crisis y urgencias, como la ketamina<sup>87,213,512,526,527</sup>. Su efecto a largo plazo no está probado. Distintas guías y estudios recogen recomendaciones específicas sobre los fármacos indicados<sup>40,43,87,88</sup> y la necesidad de considerar los avances recientes al respecto para dotar a los especialistas de las mejores herramientas disponibles<sup>95,213</sup>.

## Posvención: el cuidado de las personas supervivientes y afectadas

**La posvención es parte de los programas integrales de prevención del suicidio, aunque en España parece estar mayormente desvinculada del sistema público de salud.**

Si la prevención falla, se debe ofrecer apoyo a quienes están más cerca de la persona que ha fallecido por suicidio, llamados comúnmente supervivientes, como parte de una estrategia integral de prevención de la conducta suicida<sup>21,22,528-530</sup>. Se trata de una experiencia traumática que puede repercutir gravemente en las personas allegadas<sup>22</sup>. Muchas de estas personas sufren las consecuencias del estigma y sienten silenciado su sufrimiento e invisibilizada su pérdida<sup>115,531,532</sup>.

Aunque el duelo por suicidio pueda entenderse como un proceso normal de reconstrucción y readaptación a la pérdida, la evidencia señala que las reacciones que genera pueden ser cualitativamente diferentes a otros tipos de duelo<sup>22,529,533,534</sup>. Puede generar el denominado “**duelo complicado o prolongado**”, de carácter patológico<sup>535-537</sup>, que va acompañado de problemas psicológicos y, en los casos más graves, de riesgo de suicidio<sup>538-540</sup>. El estigma, el tabú, el secreto, la incompreensión y, a veces, la culpa o el trauma derivado del hallazgo del cuerpo pueden relacionarse con este tipo de procesos<sup>531,534,539</sup>.

La **posvención** engloba un amplio conjunto de intervenciones con finalidad preventiva y terapéutica<sup>22,49,529,541,542</sup>. Puede decirse que comienza durante la intervención en crisis, que probablemente suponga uno de los momentos más duros y de mayor impacto en la vida de los familiares y allegados. Este aspecto, pone de nuevo de relieve la necesidad de preparación de todo el personal interviniente<sup>488,530</sup>. Las personas supervivientes reclaman una intervención especializada inmediata, que informe sobre los recursos disponibles y facilite la petición de ayuda de los dolientes y su acceso temprano a la atención y las terapias especializadas (cuando sean necesarias) mediante el seguimiento, asesoramiento y acompañamiento<sup>22,87,532,541</sup>. La comunidad experta destaca la importancia de que los familiares o allegados reciban esa información por escrito y por parte del personal especialista involucrado. Destacan también las estrategias comunitarias, como los grupos de ayuda y apoyo durante el duelo, y otras aproximaciones profesionalizadas, como los grupos terapéuticos de duelo<sup>22,87,541,542</sup>. En cualquier caso, diversos trabajos señalan la necesidad de seguir reforzando la evidencia en torno a la eficacia de las terapias y programas de posvención<sup>22,529,542,543</sup>, considerada aún escasa, especialmente en algunos grupos vulnerables como menores<sup>543</sup>.

La comunidad experta recalca que, en España, las estrategias de apoyo, cuidado, seguimiento y atención que requiere la posvención se llevan a cabo en su inmensa mayoría por parte de asociaciones de supervivientes y otras organizaciones de profesionales especializados<sup>21,22,55</sup>. Pone de relieve la urgencia de incorporar la posvención en las estrategias de prevención del suicidio, la importancia de reforzar los recursos destinados a las organizaciones que desarrollan la posvención en la actualidad y la necesidad de incorporar a la cartera de servicios de sanidad, servicios sociales y resto de sectores involucrados intervenciones dedicadas a la misma<sup>22,528</sup>, como ocurre en Australia o Reino Unido, entre otros países<sup>529,544</sup>.

· **Duelo complicado o prolongado:** Una condición en la cual una persona experimenta un duelo intensamente doloroso y persistente que interfiere significativamente con su funcionamiento diario y no disminuye con el tiempo (como es típico en el proceso de duelo normal) o, incluso, aumenta.

· **Posvención:** De forma general se refiere a actividades útiles que ocurren después de una situación estresante o peligrosa. En el caso de las personas en proceso de duelo tras la muerte por suicidio de un ser querido, las principales necesidades se relacionan con acciones encaminadas a trabajar sobre lo sucedido, acompañar en el proceso de duelo y abordar sentimientos y creencias que podrían dificultar una elaboración del duelo adaptativa (ver sección Posvención).

Las actuaciones no necesariamente deben ceñirse al ámbito clínico y a los supervivientes, pueden extenderse también a otras personas que se ven afectadas, como amistades, compañeros de clase, relaciones laborales o personal sanitario e interviniente<sup>488-490,493,494,545</sup>. En este sentido, existen al respecto guías para intervenciones posventivas en contextos específicos como los educativos<sup>287,546,547</sup>, el laboral<sup>548</sup>, etc.

## Una responsabilidad compartida

**La prevención del suicidio involucra al conjunto de la sociedad y requiere una mirada colaborativa e intersectorial que incluya los poderes públicos, personal experto y sociedad civil, para acercarse de forma integral al fenómeno.**

Avanzar en la prevención del suicidio y el desarrollo de políticas públicas requiere la participación y colaboración de todos los involucrados: poderes públicos, personal experto e investigador, medios de comunicación, cualquier otro sector relacionado y la participación social<sup>56,259</sup>.

A pesar de que existe un importante cuerpo de conocimiento sobre la prevención de la conducta suicida<sup>4,57,250</sup>, la comunidad experta señala que la prevención aún requiere de avances científicos, recursos y herramientas de gestión que permitan mejorarla y amplifiquen su potencia<sup>4,6,21,55,56,95,246,247</sup>. Así, un elemento clave es la necesidad de ampliar el conocimiento respecto a la efectividad de las intervenciones, para poder mejorar y guiar las estrategias<sup>50,51,55,246</sup>. Por ello, es necesario evaluar empíricamente el grado en que se implementan, las dificultades existentes para ello y los resultados que producen<sup>4,55,56,76,250,549</sup>. Conviene que dicha evaluación se enriquezca en base a criterios socioeconómicos (coste de inacción, coste-efectividad, etc.) y se establezcan incentivos para mejorar las estrategias<sup>550,551</sup>. Se trata de aspectos cuestionados o señalados como carentes en el marco nacional en estudios recientes<sup>44,52,53,56</sup> y reclamados por la comunidad experta y sociedad civil para una prevención más efectiva<sup>6,13,43,55,92,95,135</sup>.

Por otro lado, el diálogo para el desarrollo de políticas públicas dedicadas a la prevención de la conducta suicida requiere una mirada plural que incorpore a los múltiples sectores interrelacionados (salud, educación, economía, etc.), medios de comunicación, personal experto (intervinientes, sanitarios, investigadores, etc.) y sociedad civil (asociaciones de supervivientes, sobrevivientes, organizaciones profesionales, etc.)<sup>3,4,6,21,47,55,56</sup>. Por tanto, fomentar su participación y reconocer su experiencia valiosa en comités, grupos expertos y otros procesos para el desarrollo de políticas públicas, puede reforzar una visión integral de la prevención y facilitar el soporte social<sup>6,76,87,152</sup>. Además, a nivel social, la concienciación para reducir el estigma y el tabú, puede facilitar la prevención y actuar como un *incentivo* que motive la acción pública en torno a la conducta suicida. Es importante promover la reflexión individual sobre cómo, desde el ámbito personal o profesional de cada uno, se puede contribuir a reducir el dolor, fortalecer vínculos y ofrecer esperanza.

La prevención del suicidio es, más que ninguna otra cosa, una cuestión que interpela al conjunto de la sociedad con el objetivo de poder generar esperanza a través de la acción<sup>138</sup>.

## Ideas fuerza

- La evidencia científica señala que la conducta suicida supone un importante problema social y de salud pública en España que es prevenible.
- Se trata de uno de los problemas más desafiantes para el entendimiento humano y la explicación científica con interrelaciones a nivel personal, familiar, escolar, económico, laboral, social o sanitario, entre otros. Cualquier explicación simplista o unicausal es necesariamente reduccionista.
- Prevenir el suicidio supone aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida en todos los ámbitos. La evidencia señala que se trata de un fenómeno en el que convergen factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales, por lo que su abordaje requiere un enfoque holístico y multisectorial, para poder poner el foco en la persona, su contexto y situación vital.
- La conducta suicida es compleja. Es un fenómeno poliédrico, dinámico, heterogéneo y multicausal, lo que dificulta identificar sus determinantes y predecirlo con precisión, añadiendo la necesidad de estrategias multinivel para su prevención
- El estigma social y los mitos existentes sobre la conducta suicida son una barrera para su prevención y amplifican el sufrimiento individual y de las personas allegadas, así como el duelo en caso de pérdida.
- La sensibilización y empatía social e institucional son esenciales. Hablar abiertamente del dolor, sin miedo ni juicios, acompañar, buscar y acceder a ayuda especializada y, especialmente, la formación en todos los ámbitos relacionados, pueden salvar vidas
- La comunidad experta identifica necesidades urgentes a nivel nacional en materia de prevención de la conducta suicida. Entre ellas, destacan la implementación de planes o estrategias específicas de corte nacional que coordinen y promuevan las acciones mediante una dotación de recursos propia y un enfoque integral, multisectorial y basado en la evidencia científica.
- La efectividad de la prevención depende de una buena evaluación inicial y posterior, que permita establecer objetivos específicos y verificar el grado de cumplimiento. Para ello, es clave mejorar la disponibilidad y sistemas de recolección de datos y evaluar empíricamente la implementación y los resultados de las intervenciones.
- El personal experto refleja la importancia de actuar de forma integral, incluyendo acciones de carácter universal, dirigidas al conjunto de la población; acciones selectivas, para grupos vulnerables, y acciones indicadas, para personas que muestran conducta suicida en cualquiera de sus formas.
- Aún se necesita más evidencia en torno a múltiples intervenciones para mejorar la prevención. Las más respaldadas son: restricción del acceso a medios letales, prevención universal en contextos escolares, acceso a tratamiento psicológico y farmacológico, y el cuidado y seguimiento continuo de las personas afectadas.
- La prevención del suicidio requiere la colaboración de los poderes públicos, expertos y sociedad civil, involucrando a todos los agentes y sectores más allá de la salud, como educación, economía, medios de comunicación, vivienda, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado o igualdad, entre otros. Es importante que cada persona reflexione sobre cómo, desde su ámbito personal o profesional, puede reducir el dolor, fortalecer vínculos y ofrecer esperanza.



## Bibliografía

- Platt, S., Arensman, E. & Rezaeian, M. National Suicide Prevention Strategies – Progress and Challenges. *Crisis* **40**(2), 75–82 (2019) <https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000587>.
- World Health Organization. Suicide. <https://www.who.int/health-topics/suicide> [03/04/2024].
- World Health Organization. *Preventing suicide: a global imperative*. (World Health Organization, 2014). ISBN: 978-92-4-156477-9.
- World Health Organization. *Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países*. (Pan American Health Organization, 2021). ISBN: 978-92-75-32424-0.
- Martínez-Alés, G., Barrigón, M. L., López-Castroman, J. & Baca-García, E. Suicide and Related Behaviour. *Frontiers in Psychiatry* **12**, (2021) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.676487>.
- Blanco, C. El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, **33**, 79-106. *Revista de Ciencias Sociales* **33**, 79-106 (2020)
- Al-Halabi, S. & Pedrero, E. F. *Manual de psicología de la conducta suicida*. (Pirámide, 2023). ISBN: 978-84-368-4744-4.
- Navío Acosta, M. & Pérez Solá, V. *Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental*. (Wecare-U, 2020). ISBN: 978-84-09-23078-9. Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026*. [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio\\_Sanidad\\_Estrategia\\_Salud\\_Mental\\_SNS\\_2022\\_2026.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf) (2022).
- Pérez, V. et al. The Suicide Prevention and Intervention Study (SURVIVE): Study protocol for a multisite cohort study with nested randomized-controlled trials. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health* **16**, 16–23 (2023) <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.11.004>.
- What we've learned through research. *American Foundation for Suicide Prevention* <https://afsp.org/what-we-ve-learned-through-research/> [08/03/2024].
- Al-Halabi, S. & Fonseca-Pedrero, E. Editorial for Special Issue on Understanding and Prevention of Suicidal Behavior: Humanizing Care and Integrating Social Determinants. *Psicothema* **36**, 309–318 (2024) <https://doi.org/10.7334/psicothema2024.341>.
- Fonseca Pedrero, E., Díez Gómez del Casal, A., Pérez de Albéniz Iturrriaga, A. & Lucas Molina, B. Prevención de la conducta suicida en contextos educativos. *Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023, ISBN 978-84-368-4744-4, págs. 199-233 199–233 (Pirámide, 2023).
- O'Connor, R. C. & Nock, M. K. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry* **1**, 73–85 (2014) [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6).
- Haro, J., González, M., Fonseca-Pedrero, E. & Al-Halabi, S. Conceptualización de la conducta suicida. *Manual de psicología de la conducta suicida* 31–68 (2023). ISBN: 978-84-368-4744-4.
- Fundación española para la prevención del suicidio. Suicidios. España 2022. Datos definitivos. Observatorio del Suicidio en España. *Prevención del suicidio*.
- Giner, L. & Gujja, J. A. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* **7**, 139–146 (2014) <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.01.002>.
- Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de la muerte. *INE* <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=2591> [21/08/2024].
- Klonsky, E. D., Saffer, B. Y. & Bryan, C. J. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Current Opinion in Psychology* **22**, 38–43 (2018) <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.020>.
- Conejero, I., Olié, E., Calati, R., Ducasse, D. & Courtet, P. Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. *Current Psychiatry Reports* **20**, 33 (2018) <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0893-z>.
- Al-Halabi, S. & Fonseca-Pedrero, E. Suicidal Behavior Prevention: The Time to Act is Now. *Clínica y Salud* **32**, 89–92 (2021) <https://doi.org/10.5093/clysa2021a17>.
- González Jiménez, G. E., Mallo Caño, M. & Celada Cajal, F. J. Duelo por suicidio e intervención en supervivientes. *Manual de psicología de la conducta suicida* 543–591 (Pirámide, 2023). ISBN: 978-84-368-4744-4.
- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M. & Flaherty, C. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide and Life-Threatening Behavior* **49**, 529–534 (2019) <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., García-Haro, J., García-Pascual, H. & González González, M. Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* **38**, 381–400 (2018)
- Rivera, B., Casal, B. & Currais, L. Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *The European Journal of Health Economics* **18**, 83–96 (2017) <https://doi.org/10.1007/s10198-015-0760-3>.
- de Quiroga, S., Riesgo, M., Martín del Campo, E. & Rodrigo, S. Impacto socioeconómico de la depresión y el suicidio en España. *Revista Española de Economía de la Salud* (Vol. 14-Número 5 de la EDS DICIEMBRE DE 2019) (2019).
- Villafañá, J. N. R. & Cárdenas, S. J. Definición de suicidio y de los pensamientos y conductas relacionadas con el mismo: una revisión. *Psicología y Salud* **32**, 39–48 (2022) <https://doi.org/10.25009/pys.v32i1.2709>.
- Halicka-Mastowska, J. & Kiejna, A. Differences between suicide and non-suicidal self-harm behaviours: A literary review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* **3**, 59–63 (2016) <https://doi.org/10.12740/APP/58953>.
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A. & House, A. O. Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders* **191**, 109–117 (2016) <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.043>.
- O'Connor, R. C. et al. Suicide attempts and non-suicidal self-harm: national prevalence study of young adults. *BJPsych Open* **4**, 142–148 (2018) <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.14>.
- Mars, B. et al. Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry* **6**, 327–337 (2019) [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6).
- Espada Sánchez, J. P., Piqueras Rodríguez, J. A., Soto Sanz, V. & Morales Sabuco, A. Conducta suicida y autolesiones en la infancia y la adolescencia. *Manual de psicología de la conducta suicida* 111–142 (Pirámide, 2023). ISBN: 978-84-368-4744-4.
- Silverman, M. M. Challenges to Defining and Classifying Suicide and Suicidal Behaviors. *The International Handbook of Suicide Prevention* 9–35 (John Wiley & Sons, Ltd, 2016). ISBN: 978-1-118-90322-3.
- Goodfellow, B., Köves, K. & De Leo, D. Contemporary Classifications of Suicidal Behaviors. *Crisis* **41**, 179–186 (2020) <https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000622>.
- De Leo, D. et al. International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ Open* **11**, e043409 (2021) <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043409>.
- Coppersmith, D. D. L., Ryan, O., Fortgang, R. G., Millner, A. J., Kleiman, E. M. & Nock, M. K. Mapping the timescale of suicidal thinking. *Proceedings of the National Academy of Sciences* **120**, e2215434120 (2023) <https://doi.org/10.1073/pnas.2215434120>.
- Brochu, P. M. Weight stigma as a risk factor for suicidality. *International Journal of Obesity* **44**, 1979–1980 (2020) <https://doi.org/10.1038/s41366-020-0632-5>.
- Fonseca-Pedrero, E. & de Albéniz, A. P. Assessment of suicidal behavior in adolescents: The paykel suicide scale. *Papeles del Psicólogo* **41**, 106–115 (2020) <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2020.2928>.
- De Berardis, D., Martinotti, G. & Di Giannantonio, M. Editorial: Understanding the Complex Phenomenon of Suicide: From Research to Clinical Practice. *Frontiers in Psychiatry* **9**, 61 (2018) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00061>.
- Knipe, D., Padmanathan, P., Newton-Howes, G., Chan, L. F. & Kapur, N. Suicide and self-harm. *The Lancet* **399**, 1903–1916 (2022) [www.doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00173-8](http://www.doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00173-8).
- Henry, M. Suicide prevention: A multisectoral public health concern. *Preventive Medicine* **152**, 106772 (2021) <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106772>.
- Grabenhofer-Eggerth, A., Gaiswinkler, S., Gruber, B., Ladurner, J. & Pichler, M. *SUPRA Handbook An experience-based guidance document for implementing a national suicide prevention program*. Consortium JAImpleMental / Gesundheit Österreich, Wien. <https://implemental.files.wordpress.com/2022/10/supra-handbook-eu.pdf> (2022).
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. & Stanley, B. H. Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers* **5**, 1–22 (2019) <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>.
- Vallejo Sánchez, B., Rodríguez Cano, T., Redondo García, J. I. & Morales Socorro, M. del P. Programas de prevención de la conducta suicida en España. *Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023, ISBN 978-84-368-4744-4, págs. 273-313 273–313 (Pirámide, 2023).
- Ministerio de Sanidad. *Plan de Acción de Salud Mental 2022–2024. Estrategia Salud Mental del SNS*. [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN\\_ACCION\\_SALUD\\_MENTAL\\_2022-2024.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf) (2022).
- O'Connor, R. C. & Pirkis, J. *The International Handbook of Suicide Prevention*. (John Wiley & Sons, 2016). ISBN: 978-1-118-90327-8.
- Zalsman, G. et al. Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology* **27**, (2017) <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.01.012>.
- Zalsman, G. et al. *European prevention strategies revisited: 10-year systematic review*. *The Lancet Psychiatry* **3**, 646–659 (2016) [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X).
- Anseán, A. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postintervención de la conducta suicida*. (Fundación Salud Mental España, 2014). ISBN: 978-84-942990-0-1.
- Hofstra, E., van Nieuwenhuizen, C., Bakker, M., Özgül, D., Elfeddali, I., de Jong, S. J. & van der Feltz-Cornelis, C. M. Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* **63**, 127–140 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.011>.
- Mann, J. J., Michel, C. A. & Auerbach, R. P. Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *American Journal of Psychiatry* **178**, 611–624 (2021) <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>.
- Gabilondo, A. Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. *Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria* **34**, 27–33 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>.
- Navarro Gómez, N. YYEI abordaje del suicidio: revisión de las estrategias autonómicas para su intervención. *Revista española de salud pública* **94**, (2020) <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-192519>.



54. Sufrate-Sorzano, T., Jiménez-Ramón, E., Garrote-Cámara, M. E., Gea-Caballero, V., Durante, A., Juárez-Vela, R. & Santolalla-Arnedo, I. Health Plans for Suicide Prevention in Spain: A Descriptive Analysis of the Published Documents. *Nursing Reports* **12**, 77–89 (2022) <https://doi.org/10.3390/nursrep12010009>.
55. Fonseca Pedrero, E., Al-Halabi Díaz, S., Pérez Álvarez, M., Valenzuela Hernández, M. & Pérez Trenado, M. Perspectivas futuras y retos en la prevención de la conducta suicida: mirando al futuro. *Manual de psicología de la conducta suicida* 671–719 (Pirámide, 2023). ISBN: 978-84-368-4744-4.
56. Patton, A. E. C. Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas* 6–26 (2022) <https://doi.org/10.24965/gapp.i28.10956>.
57. Connecting for Life – Suicide Prevention Strategy Ireland's national suicide prevention strategy, *Connecting for Life, 2015 – 2020*. <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/nosp/preventionstrategy/connectingforlife.pdf>.
58. Torre Luque, A. de la, Estupiñá Puig, F. J., Pemau Gurumeta, A. & Prata, J. Estrategias generales de prevención de la conducta suicida. *Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023, ISBN 978-84-368-4744-4, págs. 173-198 173–198 (Pirámide, 2023).
59. Jiménez Pietropaolo J, Martín Ulloa S, Pacheco Tabuena T, Pérezliño Gancedo JL, Robles Sánchez JI, Santiago García P, et al. *Guía para familiares. Detección y prevención de la conducta suicida en personas con una enfermedad mental*. Comunidad de Madrid, Salud Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017097.pdf>. (2019).
60. Comunidad de Madrid. *Guía de autoayuda. Prevención del suicidio. ¿Qué puedo hacer?* (Oficina Regional de Salud Mental). <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM017534.pdf> (2014).
61. Fonseca Pedrero, E. & Díez Gómez del Casal, A. Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *Revista de Estudios de Juventud* **120**, 35–46 (2018) [https://www.injuve.es/sites/default/files/2018/47/publicaciones/2\\_conducta\\_suicid\\_y\\_juventud\\_pautas\\_de\\_prevencion\\_pra\\_familias\\_y\\_centros\\_educativos.pdf](https://www.injuve.es/sites/default/files/2018/47/publicaciones/2_conducta_suicid_y_juventud_pautas_de_prevencion_pra_familias_y_centros_educativos.pdf).
62. Pompili, M., Murri, M. B., Patti, S., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P. & Amore, M. The communication of suicidal intentions: a meta-analysis. *Psychological Medicine* **46**, 2239–2253 (2016) <https://doi.org/10.1017/S0033291716000696>.
63. Martín Barrajón, P. & Alfaro Ferreres, E. Cómo ayudar a una persona que ha pensado en quitarse la vida: ¿cuáles son las señales de alarma? ¿qué no debemos hacer nunca? *EL MUNDO* [www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/09/10/6137448f21efa0d2618b45a1.html](http://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/09/10/6137448f21efa0d2618b45a1.html) [06/03/2024].
64. Giménez-Palomo, A. et al. Increasing prevalence of self-harm, suicidal behavior and suicidal ideation throughout a three-year period in the context of COVID-19 pandemic in Spain. *Psychiatry Research* **116015** (2024) <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116015>.
65. de la Torre Luque, A. *Evolución del suicidio en España en este milenio (2000–2021)*. Universidad Complutense de Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM ISCIII) (2022).
66. National Institute of Mental Health (NIMH). Youth Suicide Rates Increased During the COVID-19 Pandemic. <https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2023/youth-suicide-rates-increased-during-the-covid-19-pandemic> [22/03/2024].
67. Pérez, V. et al. Suicide-related thoughts and behavior and suicide death trends during the COVID-19 in the general population of Catalonia, Spain. *European Neuropsychopharmacology* **56**, 4–12 (2022) <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.11.006>.
68. Serrano-Gimeno, V. et al. Non-fatal suicide behaviours across phases in the COVID-19 pandemic: a population-based study in a Catalan cohort. *The Lancet Psychiatry* **11**, 348–358 (2024) [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2).
69. de la Torre-Luque, A., Perez-Diez, I., Pemau, A., Martinez-Ales, G., Borges, G., Perez-Sola, V. & Ayuso-Mateos, J. L. Suicide mortality in Spain during the COVID-19 pandemic: Longitudinal analysis of sociodemographic factors. *European Neuropsychopharmacology* **82**, 29–34 (2024) <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.02.006>.
70. Al-Halabi, S. Impacto de la COVID-19 en las tasas de suicidio: una oportunidad para la prevención. *Consejo General de la Psicología de España. INFOCOP*. 2021 <https://ivps.es/impacto-de-la-covid-19-en-las-tasas-de-suicidio-una-oportunidad-para-la-prevencion/>.
71. Sinyor, M., Knipe, D., Borges, G., Ueda, M., Pirkis, J., Phillips, M. R. & Gunnell, D. Suicide Risk and Prevention During the COVID-19 Pandemic: One Year On. *Archives of Suicide Research* **26**, 1944–1949 (2022) <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1955784>.
72. Pirkis, J. et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry* **8**, 579–588 (2021) [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2).
73. Oquendo, M. A. & Porras-Segovia, A. Barriers for the Research, Prevention, and Treatment of Suicidal Behavior. *Behavioral Neurobiology of Suicide and Self Harm* (ed. Baca-García, E.) 25–40 (Springer International Publishing, 2020). ISBN: 978-3-030-57574-8.
74. Turecki, G. & Brent, D. A. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* **387**, 1227–1239 (2016) [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2).
75. Bobes García, J., Giner Ubago & Saiz Ruiz. *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. [https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio\\_y\\_Psiquiatría%20C3%ADa-Texto.pdf](https://fepsm.org/files/publicaciones/Suicidio_y_Psiquiatría%20C3%ADa-Texto.pdf) (2011).
76. Blanco, C. *Suicidio y administración local en Bilbao. Análisis de recursos y necesidades para la prevención del suicidio*. Universidad del País Vasco (UPV). <https://www.cop.es/uploads/PDF/SUICIDIO-ADMINISTRACION-LOCAL-BILBAO.pdf> (2023).
77. Snowdon, J. & Choi, N. G. Undercounting of suicides: Where suicide data lie hidden. *Global Public Health* **15**, 1894–1901 (2020) <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1801789>.
78. Gabilondo, A. et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica* **129**, 494–500 (2007) <https://doi.org/10.1157/13111370>.
79. Mejías-Martin, Y., Martí-García, C., Rodríguez-Mejías, C., Valencia-Quintero, J. P., García-Caro, M. P. & Luna, J. de D. Suicide attempts in Spain according to prehospital healthcare emergency records. *PLOS ONE* **13**, e0195370 (2018) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195370>.
80. Alfonso-Sánchez, J. L., Martín-Moreno, J. M., Martínez, I. M. & Martínez, A. A. Epidemiological Study and Cost Analysis of Suicide in Spain: Over 100 Years of Evolution. *Archives of Suicide Research* **24**, S356–S369 (2020) <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1612802>.
81. Samaritans. The economic cost of suicide in the UK. (2024).
82. Segar, L. B., Laidi, C., Godin, O., Courtet, P., Vaiva, G., Leboyer, M. & Durand-Zaleski, I. The cost of illness and burden of suicide and suicide attempts in France. *BMC Psychiatry* **24**, (2024) <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05632-3>.
83. Consejo Europeo. Conclusiones del Consejo — El Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: Resultados y actuación futura. (2011/C 202/01). (2011).
84. European Union and JA ImpleMENTAL. Austrian Best Practice on Suicide Prevention (SUPRA). <https://ja-implimental.eu/austrian-best-practice-on-suicide-prevention-supra/> [08/03/2024].
85. JA ImpleMENTAL. <https://ja-implimental.eu/> [23/05/2024].
86. Cortes Generales. *Constitución Española*. Cortes Generales «BOE» núm. 311, de 29 de diciembre de 1978. BOE-A-1978-31229 (1978).
87. Grupo de Trabajo de revisión de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida 2012. *Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS*. Ministerio de Sanidad. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2020. *Guías de Práctica Clínica en el SNS*. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc\\_481\\_conducta\\_suicida\\_avaliat\\_revison.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_revison.pdf) (2020).
88. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02*. [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC\\_Conducta\\_Suicida.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/GPC_Conducta_Suicida.pdf) (2012).
89. Grupo de trabajo del OPBE sobre evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia. *Evaluación y manejo clínico de las autolesiones en la adolescencia: protocolo basado en la evidencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad; Santiago de Compostela: Agencia Gallega para la Gestión de Conocimiento en Salud, ACIS, Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t; 2022. (2022) [https://doi.org/10.46995/pr\\_4](https://doi.org/10.46995/pr_4).
90. Ministerio de Sanidad. Prensa y Comunicación. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6510> [09/09/2024].
91. España, S. de. Iniciativas parlamentarias | Senado de España. <https://www.senado.es/web/actividadparlamentaria/iniciativas/detalleiniciativa/index.html?sessionId=cvMLkHMyN2Rhxh2v2JLxbrsSqLy6VnyIs8GPYgtdnYdLbJQyLMLL-1270098888?legis=14&esMixta=&id=573&id2=00002> [06/06/2023].
92. Sáiz, P. A. & Bobes, J. Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de psiquiatría y salud mental* 1–4 (2014).
93. Ayuso-Mateos, J. L. et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* **5**, 8–23 (2012) <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.001>.
94. Barrigón, M. L. & Baca-García, E. Current challenges in research on suicide. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)* **11**, 1–3 (2018) <https://doi.org/10.1016/j.rpsmen.2018.02.006>.
95. Giner, L., Baca-García, E. & Saiz, P. A. The urgent need for suicide prevention tools in Spain. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health* (2023) <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.02.002>.
96. Oquendo, M. A. & Baca-García, E. Suicidal behavior: Not just an epiphenomenon of psychiatric illness. *European Neuropsychopharmacology* **81**, 41–42 (2024) <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.12.008>.
97. Jiménez, J. C. P. *La Mirada Del Suicida: el Enigma y el Estigma*. (2011). ISBN: 978-84-15271-01-7.
98. Goñi Sarriés, A. & Zandio Zorrilla, M. Suicide: The challenge of prevention. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* **40**, 335–338 (2017) <https://doi.org/10.23938/ASSN.0122>.
99. Catedra Cristina Blanco. UPV/EHU <https://www.ehu.es/es/-/suicidio-una-muerte-voluntaria-> [11/06/2024].
100. Mesones Peral, J. E. El suicidio a través de la historia y las culturas. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, 2014, ISBN 978-84-942990-0-1, págs. 35-60 35–60 (Fundación Salud Mental España, 2014).

101. Andrés, R. *Semper dolens: historia del suicidio en Occidente*. (Acanalado, 2015). ISBN: 978-84-16011-67-4.
102. Muñoz Moreno, J., Rogero Alonso, R. & Jiménez Pietropaolo, J. Marco legal y ético: el papel de la autopsia psicológica en la conducta suicida. *Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023, ISBN 978-84-368-4744-4, págs. 143-169 143-169 (Pirámide, 2023).
103. Psychiatry, T. L. The (il)legitimacy of death as an option. *The Lancet Psychiatry* **10**, 71 (2023) [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00011-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00011-1).
104. Rosal, R. S. del & Cerro, A. H. Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* **103-120** (2018) <https://doi.org/10.5477/cis/reis.161.103>.
105. Confederación Salud Mental España. Herramientas contra el estigma. <https://consaludmental.org/centro-de-documentacion/herramientas-contra-el-estigma/> [05/04/2024].
106. Editorial. Reducing the silence. *Nature Medicine* **22**, 1063-1063 (2016) <https://doi.org/10.1038/nm.4209>.
107. Zamorano Castellanos, S., González Sanguino, C. & Muñoz, M. Implicaciones del estigma hacia los problemas de salud mental en el riesgo de suicidio en personas con problemas de salud mental: una revisión sistemática. *Actas españolas de psiquiatría* **50**, 216-225 (2022).
108. Lancet, T. Can we end stigma and discrimination in mental health? *The Lancet* **400**, 1381 (2022) [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01937-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01937-7).
109. Valderrama, C. B. F. de. El suicidio: una realidad desconocida. *The Conversation* <http://theconversation.com/el-suicidio-una-realidad-desconocida-113050> [11/06/2024].
110. Schomerus, G., Evans-Lacko, S., Rüsçh, N., Mojtabai, R., Angermeyer, M. C. & Thornicroft, G. Collective levels of stigma and national suicide rates in 25 European countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* **24**, 166-171 (2015) <https://doi.org/10.1017/S2045796014000109>.
111. Carpinelli, B. & Pinna, F. The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in Psychiatry* **8**, (2017) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00035>.
112. Eisma, M. C., te Riele, B., Overgaaauw, M. & Doering, B. K. Does prolonged grief or suicide bereavement cause public stigma? A vignette-based experiment. *Psychiatry Research* **272**, 784-789 (2019) <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.122>.
113. Oexle, N., Feigelman, W. & Sheehan, L. Perceived suicide stigma, secrecy about suicide loss and mental health outcomes. *Death Studies* **44**, 248-255 (2020) <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1539052>.
114. Mayer, L., Rüsçh, N., Frey, L. M., Nadorff, M. R., Drapeau, C. W., Sheehan, L. & Oexle, N. Anticipated Suicide Stigma, Secrecy, and Suicidality among Suicide Attempt Survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* **50**, 706-713 (2020) <https://doi.org/10.1111/sltb.12617>.
115. Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G. & Kersting, A. The Stigma of Suicide Survivorship and Related Consequences—A Systematic Review. *PLOS ONE* **11**, e0162688 (2016) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162688>.
116. Navarro Gomez, N. & Trigueros Ramos, R. Stigma in mental health professionals: A systematic review. *Psychology, Society and Education* **11**, 253-266 (2019) <https://doi.org/10.25115/psye.v10i11.2268>.
117. Brower, K. J. Professional Stigma of Mental Health Issues: Physicians Are Both the Cause and Solution. *Academic Medicine* **96**, 635 (2021) <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003998>.
118. Muñoz-Sánchez, J.-L., Sánchez-Gómez, M. C., Martín-Cilleros, M. V., Parra-Vidalés, E., De Leo, D. & Franco-Martín, M. A. Addressing Suicide Risk According to Different Healthcare Professionals in Spain: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **15**, 2117 (2018) <https://doi.org/10.3390/ijerph15102117>.
119. Reuveni, I., Pelov, I., Reuveni, H., Bonne, O. & Canetti, L. Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviours among Israeli psychiatrists. *BMJ Open* **7**, e014153 (2017) <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014153>.
120. Scognamiglio, P. et al. Vox clamantis in deserto: a survey among Italian psychiatrists on defensive medicine and professional liability. *Frontiers in Psychiatry* **14**, (2023) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1244101>.
121. Klonsky, E. D., May, A. M. & Saffer, B. Y. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology* **12**, 307-330 (2016) <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>.
122. Porras-Segovia, A. et al. Factors associated with transitioning from suicidal ideation to suicide attempt in the short-term: Two large cohorts of depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders* **335**, 155-165 (2023) <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.018>.
123. Nock, M. K., Kessler, R. C. & Franklin, J. C. Risk factors for suicide ideation differ from those for the transition to suicide attempt: The importance of creativity, rigor, and urgency in suicide research. *Clinical Psychology: Science and Practice* **23**, 31-34 (2016) <https://doi.org/10.1037/h0101734>.
124. Sunderland, M., Batterham, P. J., Calear, A. L., Chapman, C. & Slade, T. Factors associated with the time to transition from suicidal ideation to suicide plans and attempts in the Australian general population. *Psychological Medicine* **53**, 258-266 (2023) <https://doi.org/10.1017/S0033291721001501>.
125. Haregu, T., Cho, E., Spittal, M. & Armstrong, G. The rate of transition to a suicide attempt among people with suicidal thoughts in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* **331**, 57-63 (2023) <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.063>.
126. O'Brien, K. H. M., Nicolopoulos, A., Almeida, J., Aguinaldo, L. D. & Rosen, R. K. Why Adolescents Attempt Suicide: A Qualitative Study of the Transition from Ideation to Action. *Archives of Suicide Research* **25**, 269-286 (2021) <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1675561>.
127. Wei, S., Li, H., Hou, J., Chen, W., Tan, S., Chen, X. & Qin, X. Comparing characteristics of suicide attempters with suicidal ideation and those without suicidal ideation treated in the emergency departments of general hospitals in China. *Psychiatry Research* **262**, 78-83 (2018) <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.007>.
128. World Health Organization. *Manual de prácticas para el establecimiento y mantenimiento de sistemas de vigilancia de intentos de suicidio y autoagresiones*. (2016). ISBN: 978-92-4-154957-8.
129. Werdin, S. & Wyss, K. Challenges in the evaluation of suicide prevention measures and quality of suicide data in Germany, Austria, and Switzerland: findings from qualitative expert interviews. *BMC Public Health* **24**, 2209 (2024) <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19726-w>.
130. Leske, S., Kölves, K., Crompton, D., Arensman, E. & De Leo, D. Real-time suicide mortality data from police reports in Queensland, Australia, during the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis. *The Lancet Psychiatry* **8**, 58-63 (2021) [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30435-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30435-1).
131. Paris, J. Can we predict or prevent suicide?: An update. *Preventive Medicine* **152**, 106353 (2021) <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106353>.
132. Mirkovic, B., Laurent, C., Podlipski, M.-A., Frebourg, T., Cohen, D. & Gerardin, P. Genetic Association Studies of Suicidal Behavior: A Review of the Past 10 Years, Progress, Limitations, and Future Directions. *Frontiers in Psychiatry* **7**, (2016) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00158>.
133. Fletcher, S. C. The role of replication in psychological science. *European Journal for Philosophy of Science* **11**, 23 (2021) <https://doi.org/10.1007/s13194-020-00329-2>.
134. Poldrack, R. A. et al. Scanning the horizon: towards transparent and reproducible neuroimaging research. *Nature Reviews Neuroscience* **18**, 115-126 (2017) <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.167>.
135. Barrigón, M. L. & Baca-García, E. Retos actuales en la investigación en suicidio. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* **11**, 1-3 (2018) <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.10.001>.
136. Courtet, P. & Baca-García, E. Enriching the Assessment of Suicidal Ideation: Learning From Digital Studies. *The Journal of Clinical Psychiatry* **85**, 51085 (2024) <https://doi.org/10.4088/JCP.23com15205>.
137. Coppersmith, D. D. L. et al. Suicidal thinking as affect regulation. *Journal of Psychopathology and Clinical Science* **132**, 385-395 (2023) <https://doi.org/10.1037/abn0000828>.
138. Fonseca Pedrero, E., Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, España, Pérez-Albéniz, A., Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, España, Al-Halabi, S., & Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo, España. Suicidal behavior in adolescents under review: fostering hope through action. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers* **43**, 173 (2022) <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3000>.
139. Lim, K.-S. et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **16**, 4581 (2019) <https://doi.org/10.3390/ijerph16224581>.
140. Jobs, D. A., Mandel, A. A., Kleiman, E. M., Bryan, C. J., Johnson, S. L. & Joiner, T. E. Facets of Suicidal Ideation. *Archives of Suicide Research* **0**, 1-16 (2024) <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2299259>.
141. Martínez-Ales, G., Hernandez-Calle, D., Khauli, N. & Keyes, K. M. Why Are Suicide Rates Increasing in the United States? Towards a Multilevel Reimagining of Suicide Prevention. *Behavioral Neurobiology of Suicide and Self Harm* (ed. Baca-García, E.) 1-23 (Springer International Publishing, 2020). ISBN: 978-3-030-57574-8.
142. Zaldívar Basurto, F., López Ríos, F. & García Montes, J. M. Modelos psicológicos en la conducta suicida: la perspectiva contextual. *Manual de psicología de la conducta suicida* 69-110 (Pirámide, 2023). ISBN: 978-84-368-4744-4.
143. de Leon, J., Baca-García, E. & Blasco-Fontecilla, H. From the Serotonin Model of Suicide to a Mental Pain Model of Suicide. *Psychotherapy and Psychosomatics* **84**, 323-329 (2015) <https://doi.org/10.1159/000438510>.
144. Lennon, J. C. Etiopathogenesis of Suicide: A Conceptual Analysis of Risk and Prevention Within a Comprehensive, Deterministic Model. *Frontiers in Psychology* **10**, (2019) <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02087>.
145. Franklin, J. C. et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin* **143**, 187-232 (2017) <https://doi.org/10.1037/bul0000084>.
146. Martínez-Alés, G., Mascayano, F. & Bravo-Ortiz, M. F. Suicidio: contextos y personas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* **12**, 253-254 (2019) <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.05.001>.
147. Stack, S. Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. *Preventive Medicine* **152**, 106498 (2021) <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106498>.
148. García-Haro, J. et al. SUICIDIO Y TRASTORNO MENTAL: UNA CRÍTICA NECESARIA. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers* **41**, (2020) <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2020.2919>.
149. Vázquez López, P. et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. Lo que la pandemia nos ha desvelado. *Anales de Pediatría* **98**, 204-212 (2023) <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.11.006>.
150. Lengvenyte, A., Conejero, I., Courtet, P. & Olié, E. Biological bases of suicidal behaviours: A narrative review. *European Journal of Neuroscience* **53**, 330-351 (2021) <https://doi.org/10.1111/ejn.14635>.



151. Oquendo, M. A., Sullivan, G. M., Sudol, K., Baca-García, E., Stanley, B. H., Sublette, M. E. & Mann, J. J. Toward a Biosignature for Suicide. *American Journal of Psychiatry* **171**, 1259–1277 (2014)  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.140.020194>
152. Pirkis, J. et al. A Public Health, Whole-of-Government Approach to National Suicide Prevention Strategies. *Crisis* **44**, 85–92 (2023)  
<https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000902>
153. Holt-Lunstad, J. Social Connection as a Public Health Issue: The Evidence and a Systemic Framework for Prioritizing the “Social” in Social Determinants of Health. *Annual Review of Public Health* **43**, 193–213 (2022)  
<www.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052020-110732>
154. Liu, S. et al. Social Vulnerability and Risk of Suicide in US Adults, 2016–2020. *JAMA Network Open* **6**, e239995 (2023)  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.9995>
155. Hausmann-Stabile, C., Glenn, C. R. & Kandlur, R. Theories of Suicidal Thoughts and Behaviors: What Exists and What Is Needed to Advance Youth Suicide Research. *Handbook of Youth Suicide Prevention: Integrating Research into Practice* (eds. Miranda, R. & Jeglic, E. L.) 9–29 (Springer International Publishing, 2021). ISBN: 978-3-030-82465-5.
156. Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S. & Silverman, M. Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet Psychiatry* **9**, 922–928 (2022)  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00232-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00232-2)
157. Boldrini, M. et al. Omics Approaches to Investigate the Pathogenesis of Suicide. *Biological Psychiatry* (2024)  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2024.05.017>
158. Verrocchio, M. C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M. & Bech, P. Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry* **7**, (2016)  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108>
159. Klonsky, E. D. & May, A. M. The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy* **8**, 114–129 (2015)  
<https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
160. Joiner, T. *Why People Die by Suicide*. (Harvard University Press, 2005). ISBN: 978-0-674-01901-0.
161. Towards an Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *International Handbook of Suicide Prevention* (eds. O'Connor, R. C., Platt, S. & Gordon, J.) (Wiley, 2011). ISBN: 978-0-470-68384-2.
162. Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F. & Courtet, P. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders* **245**, 653–667 (2019)  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
163. Durkheim, E. *El suicidio*. (Losada, 2004). ISBN: 978-950-03-9291-4.
164. Quijada, Y. & Villagrán, L. Social defeat: Concept and measurement in a Hispanic population. *Salud Mental* **44**, 11–16 (2021).
165. Chu, J. P., Goldblum, P., Floyd, R. & Bongar, B. The cultural theory and model of suicide. *Applied and Preventive Psychology* **14**, 25–40 (2010)  
<https://doi.org/10.1016/j.appsy.2011.11.001>
166. Zayas, L. H., Lester, R. J., Cabassa, L. J. & Fortuna, L. R. Why do so many latina teens attempt suicide? A conceptual model for research. *The American Journal of Orthopsychiatry* **75**, 275–287 (2005)  
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.275>
167. Burón, P. et al. Reasons for Attempted Suicide in Europe: Prevalence, Associated Factors, and Risk of Repetition. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research* **20**, 45–58 (2016)  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004481>
168. Hill, N. T. M. et al. Association of suicidal behavior with exposure to suicide and suicide attempt: A systematic review and multilevel meta-analysis. *PLOS Medicine* **17**, e1003074 (2020)  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003074>
169. Blázquez-Fernández, C. & Cantarero-Prieto, D. The associations between suicides, economic conditions and social isolation: Insights from Spain. *PLOS ONE* **18**, e0288234 (2023)  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288234>
170. Lorant, V. et al. Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: the widening gap. *The British Journal of Psychiatry* **212**, 356–361 (2018)  
<https://doi.org/10.1192/bjp.2017.32>
171. Iglesias-García, C. et al. Suicidio, desempleo y recesión económica en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* **10**, 70–77 (2017).
172. Martínez-Alés, G., Jiang, T., Keyes, K. M. & Gradus, J. L. The Recent Rise of Suicide Mortality in the United States. *Annual Review of Public Health* **43**, 99–116 (2022)  
<www.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-051920-123206>
173. Calati, R., Laglaoui Bakhiyi, C., Artero, S., Ilgen, M. & Courtet, P. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. *Journal of Psychiatric Research* **71**, 16–32 (2015)  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.09.004>
174. Jafari, H., Heidari, M., Heidari, S. & Sayfour, N. Risk Factors for Suicidal Behaviours after Natural Disasters: A Systematic Review. *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS* **27**, 20–33 (2020)  
<https://doi.org/10.21315/mjms2020.27.3.3>
175. Horney, J. A., Karaye, I. M., Abuabara, A., Gearhart, S., Grabich, S. & Perez-Patron, M. The Impact of Natural Disasters on Suicide in the United States, 2003–2015. *Crisis* **42**, 328–334 (2021)  
<https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000723>
176. Gawrych, M. Climate change and mental health: a review of current literature. *Psychiatria Polska* **56**, 903–915 (2022)  
<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/131991>
177. Burke, M., González, F., Baylis, P., Heft-Neal, S., Baysan, C., Basu, S. & Hsiang, S. Higher temperatures increase suicide rates in the United States and Mexico. *Nature Climate Change* **8**, 723–729 (2018)  
<https://doi.org/10.1038/s41558-018-0222-x>
178. Santurtún, A., Almendra, R., Silva, G. L., Fdez-Arroyabe, P., Santurtún, M. & Santana, P. Suicide and apparent temperature in the two capitals cities in the iberian peninsula. *Social Science & Medicine* **265**, 113411 (2020)  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113411>
179. Crane, K., Li, L., Subramanian, P., Rovit, E. & Liu, J. Climate Change and Mental Health: A Review of Empirical Evidence, Mechanisms and Implications. *Atmosphere* **13**, 2096 (2022)  
<https://doi.org/10.3390/atmos13122096>
180. Massazza, A., Ardino, V. & Fioravanti, R. E. Climate change, trauma and mental health in Italy: a scoping review. *European Journal of Psychotraumatology* **13**, 2046374 (2022)  
<https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2046374>
181. Alacreu-Crespo, A., Sebti, E., Moret, R. M. & Courtet, P. From Social Stress and Isolation to Autonomic Nervous System Dysregulation in Suicidal Behavior. *Current Psychiatry Reports* **26**, 312–322 (2024)  
<https://doi.org/10.1007/s11920-024-01503-6>
182. Fernández-Sevillano, J. et al. Inflammation biomarkers in suicide attempts and their relation to abuse, global functioning and cognition. *The World Journal of Biological Psychiatry* **23**, 307–317 (2022)  
<https://doi.org/10.1080/15622975.2021.1988703>
183. Angelakis, I., Gillespie, E. L. & Panagioti, M. Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine* **49**, 1057–1078 (2019)  
<https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>
184. Liu, J. et al. Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* **220**, 147–155 (2017)  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.060>
185. Angelakis, I., Austin, J. L. & Gooding, P. Association of Childhood Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open* **3**, e2012563 (2020)  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12563>
186. Oquendo, M. A. Predictores clínicos de conducta suicida. Abordaje prospectivo. (Universidad Autónoma de Madrid, 2010).
187. Sisti, D., Mann, J. J. & Oquendo, M. A. Toward a Distinct Mental Disorder – Suicidal Behavior. *JAMA Psychiatry* **77**, 661–662 (2020)  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0111>
188. Schubert, C., Sulis, W., De La Torre-Luque, A. & Schiepek, G. K. Editorial: Biopsychosocial complexity research. *Frontiers in Psychiatry* **14**, (2023)  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1157217>
189. Heeringen, K. van & Mann, J. J. The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry* **1**, 63–72 (2014)  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70220-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70220-2)
190. Mullins, N. et al. Dissecting the Shared Genetic Architecture of Suicide Attempt, Psychiatric Disorders, and Known Risk Factors. *Biological Psychiatry* **91**, 313–327 (2022)  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.05.029>
191. Jimenez-Trevino, L., Gonzalez-Blanco, L., Alvarez-Vazquez, C., Rodriguez-Revuelta, J. & Saiz Martinez, P. A. Glutamine and New Pharmacological Targets to Treat Suicidal Ideation. *Behavioral Neurobiology of Suicide and Self Harm* (ed. Baca-García, E.) 179–196 (Springer International Publishing, 2020). ISBN: 978-3-030-57574-8.
192. Brouillet, J. Z. et al. Association of markers of inflammation and intestinal permeability in suicidal patients with major mood disorders. *Journal of Affective Disorders Reports* **14**, (2023)  
<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100624>
193. Fernández-Sevillano, J. et al. Cognition in Recent Suicide Attempts: Altered Executive Function. *Frontiers in Psychiatry* **12**, (2021)  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.701140>
194. Fernández-Sevillano, J. et al. Suicidal behaviour and cognition: A systematic review with special focus on prefrontal deficits. *Journal of Affective Disorders* **278**, 488–496 (2021)  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.044>
195. Chang, B. P., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M. & Nock, M. K. Biological risk factors for suicidal behaviors: a meta-analysis. *Translational Psychiatry* **6**, e887–e887 (2016)  
<https://doi.org/10.1038/tp.2016.165>
196. Lengvenyte, A. et al. Associations of potential plasma biomarkers with suicide attempt history, current suicidal ideation and subsequent suicidal events in patients with depression: A discovery study. *Brain, Behavior, and Immunity* **114**, 242–254 (2023)  
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2023.08.025>
197. Velasco, A. et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio, platelet-to-lymphocyte ratio, and monocyte-to-lymphocyte ratio in depressed patients with suicidal behavior: A systematic review. *European Psychiatry* **1–25** (2023)  
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.18>
198. Velasco, Á. et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio: A potential new peripheral biomarker of suicidal behavior. *European Psychiatry* **63**, e14 (2020)  
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2019.20>
199. Jollant, F., Lawrence, N. S., Olie, E., O'Daly, O., Malafosse, A., Courtet, P. & Phillips, M. L. Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. *NeuroImage* **51**, 1275–1281 (2010)  
<https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.03.027>
200. González-Ortega, I. et al. Clinical predictors and psychosocial risk factors of suicide attempt severity. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health* (2023)  
<https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.07.002>
201. Mann, J. J. et al. Candidate Endophenotypes for Genetic Studies of Suicidal Behavior. *Biological Psychiatry* **65**, 556–563 (2009)  
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.11.021>
202. Olié, E., Le Bars, E., Deverduin, J., Oppenheim, C., Courtet, P. & Cacia, A. The effect of early trauma on suicidal vulnerability depends on fronto-insular sulcation. *Cerebral Cortex* **33**, 823–830 (2023)  
<https://doi.org/10.1093/cercor/bhac104>

203. Alfonso, C. A. & Schulze, T. G. Early-Life Adversity, Suicide Risk and Epigenetics of Trauma. *Suicide by Self-Immolation: Biopsychosocial and Transcultural Aspects* (eds. Alfonso, C. A., Chandra, P. S. & Schulze, T. G.) 157–167 (Springer International Publishing, 2021). ISBN: 978-3-030-62613-6.
204. Turecki, G. Early-Life Adversity and Suicide Risk: The Role of Epigenetics. *Phenomenology of Suicide: Unlocking the Suicidal Mind* (ed. Pompili, M.) 39–49 (Springer International Publishing, 2018). ISBN: 978-3-319-47976-7.
205. Kessler, R. C., Bossarte, R. M., Luedtke, A., Zaslavsky, A. M. & Zubizarreta, J. R. Suicide prediction models: a critical review of recent research with recommendations for the way forward. *Molecular Psychiatry* **25**, 168–179 (2020) <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0531-0>.
206. Zorrea, T. C., Cleare, S., Melson, A. J., Wetherall, K. & O'Connor, R. C. Understanding and managing suicide risk. *British Medical Bulletin* **134**, 73–84 (2020) <https://doi.org/10.1093/bmb/ldaa013>.
207. Hernández-Calle, D., Martínez-Alés, G., Román-Mazuecos, E., Rodríguez-Vega, B. & Bravo-Ortiz, M. F. Prevención sobre predicción: el reto del psiquiatra en la valoración de riesgo autolítico en urgencias. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* **13**, 232–233 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.12.003>.
208. Inostroza, C. et al. Peer-support groups for suicide loss survivors: a systematic review. *Social Work With Groups* **47**, 234–250 (2024) <https://doi.org/10.1080/01609513.2023.2249053>.
209. Kabir, H., Wayland, S. & Maple, M. Qualitative research in suicidology: a systematic review of the literature of low- and middle-income countries. *BMC Public Health* **23**, 918 (2023) <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15767-9>.
210. Nicolopoulos, A., Boydell, K., Shand, F. & Christensen, H. Why Suicide? *Adolescent Research Review* **3**, 155–172 (2018) <https://doi.org/10.1007/s40894-017-0070-3>.
211. March, J. C. Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial* **32**, 245–247 (2017) <https://doi.org/10.1016/j.jcali.2017.10.001>.
212. Jenkins, T. A., Robison, M. & Joiner, T. E. Dehumanization and mental health: clinical implications and future directions. *Current Opinion in Behavioral Sciences* **50**, 101257 (2023) <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101257>.
213. Lengvenyte, A. et al. Assessment and management of individuals consulting for a suicidal crisis: A European Delphi method-based consensus guidelines. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health* (2023) <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.12.001>.
214. Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I. & Waern, M. Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLOS ONE* **12**, e0180292 (2017) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>.
215. Christensen, H., Cuijpers, P. & Reynolds, C. F., III. Changing the Direction of Suicide Prevention Research: A Necessity for True Population Impact. *JAMA Psychiatry* **73**, 435–436 (2016) <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0001>.
216. Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R. & McKean, A. J. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *American Journal of Psychiatry* **173**, 1094–1100 (2016) <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>.
217. Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S. & Mann, J. J. Protective Factors Against Suicidal Acts in Major Depression: Reasons for Living. *American Journal of Psychiatry* **157**, 1084–1088 (2000) <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.7.1084>.
218. Kirkbride, J. B. et al. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry* **23**, 58–90 (2024) <https://doi.org/10.1002/wps.21160>.
219. Goñi-Sarriés, A., López-Goñi, J. J. & Azcárate-Jiménez, L. Comparison between mild and serious suicide attempts and suicide deaths in Navarre Region. *Clinica y Salud* **30**, 109–113 (2019) <https://doi.org/10.5093/clysa2019a9>.
220. Heeringen, K. van. A few more questions for suicide prevention. *The Lancet Psychiatry* **6**, 454–455 (2019) [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30160-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30160-9).
221. Belsher, B. E. et al. Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths: A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry* **76**, 642–651 (2019) <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0174>.
222. Esposti, M. D. & Kaufman, E. J. Can suicide risk be predicted to plan for prevention? *The Lancet Public Health* **8**, e162–e163 (2023) [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00339-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00339-5).
223. Barrigon, M. L., Courtet, P., Oquendo, M. & Baca-García, E. Precision Medicine and Suicide: an Opportunity for Digital Health. *Current Psychiatry Reports* **21**, (2019) <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1119-8>.
224. Velupillai, S. et al. Risk Assessment Tools and Data-Driven Approaches for Predicting and Preventing Suicidal Behavior. *Frontiers in Psychiatry* **10**, (2019) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00036>.
225. Bernert, R. A., Hilberg, A. M., Melia, R., Kim, J. P., Shah, N. H. & Abnousi, F. Artificial Intelligence and Suicide Prevention: A Systematic Review of Machine Learning Investigations. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **17**, 5929 (2020) <https://doi.org/10.3390/ijerph17165929>.
226. Lejeune, A. et al. Artificial intelligence and suicide prevention: A systematic review. *European Psychiatry* **65**, e19 (2022) <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.8>.
227. Parsapoor (Mah Parsa), M., Koudys, J. W. & Ruocco, A. C. Suicide risk detection using artificial intelligence: the promise of creating a benchmark dataset for research on the detection of suicide risk. *Frontiers in Psychiatry* **14**, (2023) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1186569>.
228. Simon, G. E., Shortreed, S. M., Johnson, E., Rossom, R. C., Lynch, F. L., Ziebell, R. & Penfold, and R. B. What health records data are required for accurate prediction of suicidal behavior? *Journal of the American Medical Informatics Association* **26**, 1458–1465 (2019) <https://doi.org/10.1093/jamia/ocz136>.
229. Su, C., Aseltine, R., Doshi, R., Chen, K., Rogers, S. C. & Wang, F. Machine learning for suicide risk prediction in children and adolescents with electronic health records. *Translational Psychiatry* **10**, 1–10 (2020) <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01100-0>.
230. Zheng, L. et al. Development of an early-warning system for high-risk patients for suicide attempt using deep learning and electronic health records. *Translational Psychiatry* **10**, 1–10 (2020) <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0684-2>.
231. D'Hotman, D. & Loh, E. AI enabled suicide prediction tools: a qualitative narrative review. *BMJ Health & Care Informatics* **27**, e100175 (2020) <https://doi.org/10.1136/bmjhci-2020-100175>.
232. Wilcox, H. C. et al. Data Linkage Strategies to Advance Youth Suicide Prevention: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop. *Annals of Internal Medicine* **165**, 779–785 (2016) <https://doi.org/10.7326/M16-1281>.
233. Näher, A.-F., Rummel-Kluge, C. & Hegerl, U. Associations of Suicide Rates With Socioeconomic Status and Social Isolation: Findings From Longitudinal Register and Census Data. *Frontiers in Psychiatry* **10**, (2020) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00898>.
234. Castillo-Sánchez, G., Marques, G., Dorrónzoro, E., Rivera-Romero, O., Franco-Martín, M. & De la Torre-Díez, I. Suicide Risk Assessment Using Machine Learning and Social Networks: a Scoping Review. *Journal of Medical Systems* **44**, 205 (2020) <https://doi.org/10.1007/s10916-020-01669-5>.
235. Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados (Oficina C). Informe C: Inteligencia artificial y salud. (2022) <https://doi.org/10.57952/tcsx-b678>.
236. Kirtley, O. J., Mens, K. van, Hoogendoorn, M., Kapur, N. & Beurs, D. de. Translating promise into practice: a review of machine learning in suicide research and prevention. *The Lancet Psychiatry* **9**, 243–252 (2022) [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00254-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00254-6).
237. Fonseca-Pedrero, E., Ródenas-Perea, G., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Pérez, M. & Muñiz, J. The Time of Ambulatory Assessment. *Papeles del Psicólogo* **2022**, 21–28 (2022) <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2983>.
238. Berrouiguet, S., Baca-García, E., Brandt, S., Walter, M. & Courtet, P. Fundamentals for future mobile-health (mHealth): A systematic review of mobile phone and web-based text messaging in mental health. *Journal of Medical Internet Research* **18**, (2016) <https://doi.org/10.2196/jmir.5066>.
239. Bonilla-Escribano, P., Ramírez, D., Baca-García, E., Courtet, P., Artés-Rodríguez, A. & López-Castromán, J. Multidimensional variability in ecological assessments predicts two clusters of suicidal patients. *Scientific Reports* **13**, 3546 (2023) <https://doi.org/10.1038/s41598-023-30085-1>.
240. Barrigon, M. L. et al. One-Week Suicide Risk Prediction Using Real-Time Smartphone Monitoring: Prospective Cohort Study. *Journal of Medical Internet Research* **25**, e43719 (2023) <https://doi.org/10.2196/43719>.
241. Porras-Segovia, A., Díaz-Oliván, I., Barrigón, M. L., Moreno, M., Artés-Rodríguez, A., Pérez-Rodríguez, M. M. & Baca-García, E. Real-world feasibility and acceptability of real-time suicide risk monitoring via smartphones: A 6-month follow-up cohort. *Journal of Psychiatric Research* **149**, 145–154 (2022) <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.026>.
242. Porras-Segovia, A. et al. Smartphone-based safety plan for suicidal crisis: The SmartCrisis 2.0 pilot study. *Journal of Psychiatric Research* **169**, 284–291 (2024) <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.11.039>.
243. Rassy, J., Bardón, C., Dargis, L., Côté, L.-P., Corthésy-Blondin, L., Mörch, C.-M. & Labelle, R. Information and Communication Technology Use in Suicide Prevention: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research* **23**, e25288 (2021) <https://doi.org/10.2196/25288>.
244. Torok, M., Han, J., Baker, S., Werner-Seidler, A., Wong, I., Larsen, M. E. & Christensen, H. Suicide prevention using self-guided digital interventions: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Digital Health* **2**, e25–e36 (2020) [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30199-2](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30199-2).
245. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. *Rivero, Santana, Amado, Perestelo, Pérez, Lilisbeth, Duarte, Díaz, Andrea, Álvarez, Pérez, Yolanda, Linertová, Renata, Torres, Castaño, Alejandra, González, Pacheco, Himar, Guirado, Fuentes, Carmen, Abt, Sacks, Analia, Ramos, García, Vanesa, Toledo, Chávarri, Ana, Rodríguez, Rodríguez, Leticia, Acosta, Ariles, Francisco Javier, Serrano, Pérez, Pedro, Carrion, Ribas, Carme. Aplicaciones de software para la prevención e intervención en personas con riesgo de suicidio: efectividad, seguridad y coste-efectividad. Santa Cruz de Tenerife: SCS. 2023[2023]. 286. <https://redets.sanidad.gob.es/productos/buscarProductos.do?metodo=detalle&id=1151> (2023).*
246. Platt, S. & Niederkrotenthaler, T. Suicide Prevention Programs: Evidence Base and Best Practice. *Crisis* **41**, S99–S124 (2020) <https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000671>.
247. Alejandra Sáiz, P. & Giner Jiménez, L. La prevención del suicidio. Claves para su abordaje. *Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental* (2020). ISBN: 978-84-09-23078-5.
248. Ridani, R., Torok, M., Shand, F., Holland, C., Murray, S., Borrowdale, K., Sheedy, M., Crowe, J., Cockayne, N., Christensen, H. An evidence-based systems approach to suicide prevention: guidance on planning, commissioning and monitoring. *NHMRC Centre of Research Excellence in Suicide Prevention at the Black Dog Institute*.



- <https://www.health.gov.au/resources/publications/an-evidence-based-systems-approach-to-suicide-prevention-primary-health-networks-phns-guidance-on-planning-commissioning-and-monitoring?language=en> (2016).
249. Iskander, J. K. & Crosby, A. E. Implementing the national suicide prevention strategy: Time for action to flatten the curve. *Preventive Medicine* **152**, 106734 (2021) <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106734>.
250. World Health Organization. *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. (World Health Organization, 2018). ISBN: 978-92-4-151501-6.
251. World Health Organization. *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. (World Health Organization, 2012). ISBN: 978-92-4-150357-0.
252. Hegerl, U., Heinz, I., O'Connor, A. & Reich, H. The 4-Level Approach: Prevention of Suicidal Behaviour Through Community-Based Intervention. *Frontiers in Psychiatry* **12**, 760491 (2021) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.760491>.
253. Arensman, E., Scott, V., De Leo, D. & Pirkis, J. Suicide and Suicide Prevention From a Global Perspective. *Crisis* **41**, S3-S7 (2020) <https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000664>.
254. Garratt, K., Baker, C., Kennedy, S. & Rowland, L. *Suicide prevention: Policy and strategy*. Research Briefing CBP-8221 (2023).
255. Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A. & Stanley, B. The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Frontiers in Psychiatry* **9**, (2018) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00033>.
256. Ministerio de Salud Pública. Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2021-2025. Uruguay. *Ministerio de Salud Pública* <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/estrategia-nacional-prevencion-suicidio-2021-2025> [19/03/2024].
257. Department of Health & Social Care. United Kingdom Suicide prevention in England: 5-year cross-sector strategy. *GOV.UK* <https://www.gov.uk/government/publications/suicide-prevention-strategy-for-england-2023-to-2028/suicide-prevention-in-england-5-year-cross-sector-strategy> [13/03/2024].
258. Platt, S. & Niederkrotenthaler, T. Suicide Prevention Programs. *Crisis* **41**, S99-S124 (2020) <https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000671>.
259. Pillinger, J. *National office for suicide prevention. Integrating Suicide Prevention Into Policy-making. Connecting for life. Ireland's national strategy to reduce suicide 2015-2020*. <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/suicide-prevention-and-policy-making.pdf> (2020).
260. Pompili, M., O'Connor, R. C. & van Heeringen, K. Suicide Prevention in the European Region. *Crisis* **41**, S8-S20 (2020) <https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000665>.
261. Nordentoft, M. & Erlangsen, A. Suicide—turning the tide. *Science* **365**, 725-725 (2019) <https://doi.org/10.1126/science.aaz1568>.
262. Barak, Y., Fortune, S., Hobbs, L., Cheung, G., Johari, N. & Zalsman, G. Strategies to Prevent Elderly Suicide: A Delphi Consensus Study. *Australasian Psychiatry* **30**, 298-302 (2022) <https://doi.org/10.1177/10398562211064256>.
263. Ayuso-Mateos, J. L. Suicide prevention: towards an evidence-based policy. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* **28**, 467-468 (2019) <https://doi.org/10.1017/S204579601900012X>.
264. World Health Organization. *Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration*. (World Health Organization, 2014). ISBN: 978-92-4-150671-7.
265. World Health Organization. *Preventing suicide: a resource for suicide case registration*. 18 <https://iris.who.int/handle/10665/44757> (2011).
266. Vera-Varela, C., Barbería, E., Giner, L., Xifré, A., Suelves, J. M. & Guija, J. Aportaciones de la medicina forense en la mejora del conocimiento del suicidio. *Revista Española de Medicina Legal* **45**, 67-72 (2019) <https://doi.org/10.1016/j.reml.2019.03.001>.
267. Office of the Surgeon General. *The Surgeon General's Call to Action to implement the national strategy for suicide prevention*. <https://www.hhs.gov/surgeongeneral/reports-and-publications/suicide-prevention/index.html> (2021).
268. Fusar-Poli, P. et al. What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology* **31**, 33-46 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>.
269. World Health Organization. La OMS pone en marcha una comisión para fomentar la conexión social. <https://www.who.int/es/news/item/15-11-2023-who-launches-commission-to-foster-social-connection> [30/08/2024].
270. Conejero, I., Olié, E., Courtet, P. & Calati, R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging* **13**, 691-699 (2018) <https://doi.org/10.2147/CIA.S130670>.
271. eClinicalMedicine. The epidemic of loneliness. *eClinicalMedicine* **66**, (2023) <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102395>.
272. Bandara, P. et al. Attributable risk of suicide for populations in Australia. *Frontiers in Psychiatry* **14**, (2024) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1285542>.
273. Li, Z., Page, A., Martin, G. & Taylor, R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science & Medicine* **72**, 608-616 (2011) <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008>.
274. Shand, F., Duffy, L. & Torok, M. Can Government Responses to Unemployment Reduce the Impact of Unemployment on Suicide? *Crisis* **43**, 59-66 (2022) <https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000750>.
275. Kim, C. The Impacts of Social Protection Policies and Programs on Suicide: A Literature Review. *International Journal of Health Services* **48**, 512-534 (2018) <https://doi.org/10.1177/0020731418767548>.
276. Arango, C. et al. Preventive strategies for mental health. *The Lancet. Psychiatry* **5**, 591-604 (2018) [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9).
277. Minister of State (Minister for Patient Safety, Suicide Prevention and Mental Health) - GOV.UK. <https://www.gov.uk/government/ministers/minister-of-state-90> [30/08/2024].
278. Rosyida, H. N. Challenging minister of loneliness: Strategy of government to respond to women's suicide in Japan? *Social and Political Issues on Sustainable Development in the Post Covid-19 Crisis* (Routledge, 2022). ISBN: 978-1-00-326358-6.
279. Care, A. G. D. of H. and A. National suicide prevention strategy for Australia's health system: 2020-2023. <https://www.health.gov.au/resources/publications/national-suicide-prevention-strategy-for-australias-health-system-2020-2023?language=en> [28/06/2024].
280. Hernández-Calle, D., Martínez-Alés, G. & López-Cuadrado, T. Suicidal and accidental drug poisoning mortality among older adults and working-age individuals in Spain between 2000 and 2018. *BMC Geriatrics* **22**, 114 (2022) <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02806-0>.
281. Yip, P. S., Caine, E., Yousof, S., Chang, S.-S., Wu, K. C.-C. & Chen, Y.-Y. Means restriction for suicide prevention. *The Lancet* **379**, 2393-2399 (2012) [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60521-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60521-2).
282. Comisión Europea. Final Report Summary - RESTRAIL (Reduction of Suicides and Trespasses on RAILway property) | FP7. *CORDIS | European Commission* <https://cordis.europa.eu/project/id/285153/reporting> [03/07/2024].
283. Havârneanu, G. M., Bonneau, M.-H. & Colliard, J. Lessons learned from the collaborative European project RESTRAIL: REDuction of suicides and trespasses on RAILway property. *European Transport Research Review* **8**, 16 (2016) <https://doi.org/10.1007/s12544-016-0203-y>.
284. Pirkis, J., Spittal, M. J., Cox, G., Robinson, J., Cheung, Y. T. D. & Studdert, D. The effectiveness of structural interventions at suicide hotspots: a meta-analysis. *International Journal of Epidemiology* **42**, 541-548 (2013) <https://doi.org/10.1093/ije/dyt021>.
285. World Health Organization. *WHO guideline on school health services [Internet]*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571767/> (2021).
286. Foulkes, L. & Stringaris, A. Do no harm: can school mental health interventions cause iatrogenic harm? *BJPsych Bulletin* **47**, 267-269 (2023) <https://doi.org/10.1192/bjb.2023.9>.
287. De Oliveira, J. M., Duñas, J.-M., Morales-Vives, F. & Gallardo-Nieto, E. Educational agents and institutions called into action in suicide prevention, intervention, and postvention. *Frontiers in Psychology* **14**, (2023) <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1213751>.
288. Pérez, S., Layrón, J. E., Barrigón, M. L., Baca-García, E. & Marco, J. H. Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and hopelessness as predictors of future suicidal ideation in Spanish university students. *Death Studies* **48**, 454-464 (2024) <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2235569>.
289. Cecchin, H. F. G., Murta, S. G., de Macedo, E. O. S. & Moore, R. A. Scoping review of 30 years of suicide prevention in university students around the world: efficacy, effectiveness, and cost-effectiveness. *Psicologia: Reflexão e Crítica* **35**, 22 (2022) <https://doi.org/10.1186/s41155-022-00227-x>.
290. Kahn, J.-P. et al. Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *European Child & Adolescent Psychiatry* **29**, 1671-1681 (2020) <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01476-w>.
291. Suarez-Alvarez, J., Fernández-Alonso, R., Kyllonen, P. C., De Fruyt, F., Fonseca-Pedrero, E. & Muñiz, J. Editorial: Bridging the Gap Between Research and Policy in Fostering Social and Emotional Skills. *Frontiers in Psychology* **11**, (2020) <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00426>.
292. Ortuño-Sierra, J., Lucas-Molina, B., Inchausti, F. & Fonseca-Pedrero, E. Special issue on mental health and well-being in adolescence: environment and behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **18**, 1-4 (2021) <https://doi.org/10.3390/ijerph18062975>.
293. Carli, V., Iosue, M. & Wasserman, D. Universal suicide prevention in schools. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention, 2nd ed* 653-664 (Oxford University Press, 2021). ISBN: 978-0-19-883444-1.
294. Ahern, S. et al. A cost-effectiveness analysis of school-based suicide prevention programmes. *European Child & Adolescent Psychiatry* **27**, 1295-1304 (2018) <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1120-5>.
295. Wasserman, D. et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *The Lancet* **385**, 1536-1544 (2015) [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7).
296. Comisión Europea. Saving and Empowering Young Lives in Europe: Promote health through prevention of risk-taking and self-destructive behaviors | SEYLE Project | Fact Sheet | FP7. *CORDIS | European Commission* <https://cordis.europa.eu/project/id/223091/es> [29/06/2024].
297. Wasserman, D. et al. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* **10**, 192 (2010) <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-192>.
298. Lindow, J. C., Hughes, J. L., South, C., Gutierrez, L., Bannister, E., Trivedi, M. H. & Beyer, M. J. Feasibility and Acceptability of the Youth Aware of Mental Health (YAM) Intervention in US Adolescents. *Archives of Suicide Research* **24**, 269-284 (2020) <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1624667>.



299. Walsh, E. H., McMahon, J. & Herring, M. P. Research Review: The effect of school-based suicide prevention on suicidal ideation and suicide attempts and the role of intervention and contextual factors among adolescents: a meta-analysis and meta-regression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **63**, 836–845 (2022) <https://doi.org/10.1111/jcpp.13598>.
300. Díez-Gómez, A., Sebastián-Enesco, C., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., Al-Halabí, S. & Fonseca-Pedrero, E. The PositivaMente Program: Universal Prevention of Suicidal Behaviour in Educational Settings. *School Mental Health* (2024) <https://doi.org/10.1007/s12310-024-09650-0>.
301. Universidad de Málaga. Unidad Docente Asistencial de Psicología. Prevención de la conducta suicida en la Universidad de Málaga. <https://www.uma.es/UDA-Psicologia/info/132636/plan-de-prevencion-de-la-conducta-suicida-en-la-universidad-de-malaga/> [11/10/2024].
302. Plataforma nacional Para el estudio y la prevención del suicidio. La Universidad Complutense presenta el Plan de Actuación contra el Suicidio en Estudiantado Universitario. <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/noticias/la-universidad-complutense-presenta-el-plan-de-actuacion-contra-el-suicidio-en-estudiantado-universitario> [11/10/2024].
303. Universidad de Murcia. Plan de Prevención – Portal Bienestar. <https://www.um.es/web/bienestar/plan-prevencion> [11/10/2024].
304. Universidad de Granada. Plan de Prevención de la Conducta Suicida en la Universidad de Granada. <https://facultadpsicologia.ugr.es/facultad/noticias/plan-prevencion-suicidio-ugr> [11/10/2024].
305. Fernández Rodríguez, M. del C. & Huertas, I. B. Suicide Prevention in College Students: A Collaborative Approach. *Revista Interamericana de psicología = Interamerican journal of psychology* **47**, 53–60 (2013).
306. Parellada, M. et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? *Psychiatry Research* **157**, 131–137 (2008) <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.02.012>.
307. anarcomunica. La Fundación ANAR presenta su Estudio sobre Conducta Suicida y Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en España (2012–2022). Fundación ANAR <https://www.anar.org/la-fundacion-anar-presenta-su-estudio-sobre-conducta-suicida-y-salud-mental-en-la-infancia-y-la-adolescencia-en-espana-2012-2022/> [29/06/2024].
308. Fernandez-Fernandez, J., Jiménez-Treviño, L., Seijo-Zazo, E., Lasheras, F. S., García-Portilla, M. P., Sáiz, P. A. & Bobes, J. Trends in the incidence of hospital-treated suicide attempts during the COVID-19 pandemic in Oviedo, Spain. *European Psychiatry* **66**, e23 (2023) <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.6>.
309. Vázquez López, P. et al. Self-injury and suicidal behavior in children and youth population: Learning from the pandemic. *Anales de Pediatría (English Edition)* **98**, 204–212 (2023) <https://doi.org/10.1016/j.anpede.2022.11.005>.
310. Llorca-Bofí, V. et al. Urgent care and suicidal behavior in the child and adolescent population in a psychiatric emergency department in a Spanish province during the two COVID-19 states of alarm. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* **16**, 76–83 (2023) <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.03.003>.
311. Nesi, J. et al. Social media use and self-injurious thoughts and behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* **87**, 102038 (2021) <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102038>.
312. Macrynikola, N., Auad, E., Menjivar, J. & Miranda, R. Does social media use confer suicide risk? A systematic review of the evidence. *Computers in Human Behavior Reports* **3**, 100094 (2021) <https://doi.org/10.1016/j.chbr.2021.100094>.
313. López Martínez, L. F., Pérez García, A. M., Carrasco Ortiz, M. Á. & Carretero, E. M. Redes sociales, Internet, medios de comunicación y recursos de ayuda en conducta suicida. *Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023, ISBN 978-84-368-4744-4, págs. 593–620 593–620 (Pirámide, 2023). ISBN: 978-84-368-4744-4.
314. Padmanathan, P., Bould, H., Winstone, L., Moran, P. & Gunnell, D. Social media use, economic recession and income inequality in relation to trends in youth suicide in high-income countries: a time trends analysis. *Journal of Affective Disorders* **275**, 58–65 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.057>.
315. Lopez-Agudo, L. A. The association between internet searches and suicide in Spain. *Psychiatry Research* **291**, 113215 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113215>.
316. López Martínez, L. F. Suicidio, adolescencia, redes sociales e internet. *Norte de Salud Mental* **17**, 25–36 (2020).
317. Rivera-Rivera, L., Fonseca-Pedrero, E., Sérís-Martínez, M., Vázquez-Salas, A. & Reynales-Shigematsu, L. M. Prevalencia y factores psicológicos asociados con conducta suicida en adolescentes. Ensanut 2018–19. *Salud Publica de Mexico* **62**, 672–681 (2020) <https://doi.org/10.21149/11555>.
318. Fonseca-Pedrero, E., Al-Halabí, S., Pérez-Albéniz, A. & Debbané, M. Risk and Protective Factors in Adolescent Suicidal Behaviour: A Network Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **19**, 1784 (2022) <https://doi.org/10.3390/ijerph19031784>.
319. Balázs, J. et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* **54**, 670–677 (2013) <https://doi.org/10.1111/jcpp.12016>.
320. Bousoño, M. et al. Alcohol use and risk factors for self-harm behavior in Spanish adolescents. *Adicciones* **33**, 53–62 (2021) <https://doi.org/10.20882/adicciones.1239>.
321. Serrano, M. B. et al. Uso y abuso de sustancias psicotrópicas e internet, psicopatología e ideación suicida en adolescentes. *Adicciones* **29**, 97–104 (2017) <https://doi.org/10.20882/adicciones.811>.
322. Kaess, M. et al. Life Events Predicting the First Onset of Adolescent Direct Self-Injurious Behavior—A Prospective Multicenter Study. *Journal of Adolescent Health* **66**, 195–201 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.018>.
323. Eslava, D., Martínez-Vispo, C., Villanueva-Blasco, V. J., Errasti, J. M. & Al-Halabí, S. Family Conflict and Suicidal Behaviour in Adolescence: The Mediating Role of the Assertive Interpersonal Schema. *Sustainability* **15**, 5149 (2023) <https://doi.org/10.3390/su15065149>.
324. Brunstein Klomek, A. et al. Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **60**, 209–215 (2019) <https://doi.org/10.1111/jcpp.12951>.
325. Barzilay, S. et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. *Journal of Adolescent Health* **61**, 179–186 (2017) <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002>.
326. Kaess, M. et al. Excessive and pathological Internet use – Risk-behavior or psychopathology? *Addictive Behaviors* **123**, (2021) <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107045>.
327. Kaess, M. et al. Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *European Child and Adolescent Psychiatry* **23**, 1093–1102 (2014) <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0562-7>.
328. Barzilay, S. et al. A longitudinal examination of the interpersonal theory of suicide and effects of school-based suicide prevention interventions in a multinational study of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* **60**, 1104–1111 (2019) <https://doi.org/10.1111/jcpp.13119>.
329. Kim, H., Park, J., Lee, S., Lee, S. A. & Park, E.-C. Association between energy drink consumption, depression and suicide ideation in Korean adolescents. *International Journal of Social Psychiatry* **66**, 335–343 (2020) <https://doi.org/10.1177/0020764020907946>.
330. Masengo, L., Sampasa-Kanyinga, H., Chaput, J.-P., Hamilton, H. A. & Colman, I. Energy drink consumption, psychological distress, and suicidality among middle and high school students. *Journal of Affective Disorders* **268**, 102–108 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.004>.
331. Lai, W. et al. Prevalence of unhealthy behaviors and their associations with non-suicidal self-injury, suicidal ideation and suicide attempt among Chinese adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* **18**, 61 (2024) <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00742-y>.
332. Aftab, A. Maria A. Oquendo, MD, PhD, on the state of psychiatry. *Current Psychiatry* **20**, (2021) <https://doi.org/10.12788/cp.0185>.
333. Wasserman, C., Postuvan, V., Herta, D., Iosue, M., Várník, P. & Carli, V. Interactions between youth and mental health professionals: The Youth Aware of Mental health (YAM) program experience. *PLOS ONE* **13**, e0191843 (2018) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191843>.
334. Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Ortuño-Sierra, J. & Fonseca-Pedrero, E. Sentia: An adolescent suicidal behavior assessment scale. *Psicothema* **32**, 382–389 (2020) <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.27>.
335. Al-Halabí, S. et al. Validation of a Spanish version of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental* **9**, 134–142 (2016) <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>.
336. Lustig, S. et al. The impact of school-based screening on service use in adolescents at risk for mental health problems and risk-behaviour. *European Child & Adolescent Psychiatry* **32**, 1745–1754 (2023) <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01990-z>.
337. Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados. Informe C: La desinformación en la era digital. (2023) <https://doi.org/10.57952/j3p6-9086>.
338. Gould, M. S. & Lake, A. M. *The contagion of suicidal behaviour. Contagion of Violence: Workshop Summary*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207262/> (2013).
339. Niederkrotenthaler, T. et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ* **368**, m575 (2020) <https://doi.org/10.1136/bmj.m575>.
340. Shaman, J., Kandula, S., Pei, S., Galanti, M., Olfson, M., Gould, M. & Keyes, K. Quantifying suicide contagion at population scale. *Science Advances* **10**, eadq4074 (2024) <https://doi.org/10.1126/sciadv.adq4074>.
341. World Health Organization. *Prevención del suicidio: un recurso para profesionales de los medios de comunicación*. Actualización del 2023. ISBN: 978-92-75-32779-1 <https://iris.paho.org/handle/10665.2/58266> (2023) <https://doi.org/10.37774/9789275327791>.
342. Samaritans. *Media Guidelines for Reporting Suicide*. [https://media.samaritans.org/documents/Media\\_Guidelines\\_FINAL.pdf](https://media.samaritans.org/documents/Media_Guidelines_FINAL.pdf) (2020).
343. World Health Organization. Quick reference guide: responsible reporting on suicide. <https://www.who.int/multi-media/details/quick-reference-guide---responsible-reporting-on-suicide> [13/03/2024].
344. Ministerio de Sanidad. *Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación. Manual de apoyo para sus profesionales*. [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/MANUAL\\_APOYO\\_MMCC\\_SUICIDIO\\_03.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/MANUAL_APOYO_MMCC_SUICIDIO_03.pdf) (2020).
345. González Ortiz, G. Informar sobre el suicidio: rigor, respeto y responsabilidad. *Cuadernos de Periodistas* vol. 39.

346. Rodríguez Rodríguez-Caro, C. J., Acosta Artiles, F. J., Cejas Méndez, M. R., Ramallo-Fariña, Y. & Fernández Garcimartín, H. Diferencias en la adecuación de las noticias sobre suicidio en España frente a Victoria (Australia): ¿resultan efectivas las intervenciones sobre los medios de comunicación? *Revista Española de Salud Pública* **95**, e1-e14 (2021).
347. Camacho-Markina, I. & Santos-Diez, M. T. El reflejo de las recomendaciones de la OMS para la prevención del suicidio en la prensa española. *Estudios sobre el mensaje periodístico* **26**, 906-913 (2020) <https://doi.org/10.5209/esmp.65239>.
348. Cano-Galindo, J. & Blanco-Castilla, E. P. *El suicidio y su tratamiento informativo. El silencio mediático ante la primera causa de muerte violenta en España*. RIUMA. Universidad de Málaga. <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/20555> (2020).
349. Cano Galindo, J. & Blanco Castilla, E. Evolución del suicidio y su tratamiento informativo en España. Entre los efectos Werther y Papageno. *Unidos por la comunicación: Libro de Actas del Congreso Internacional Latina de Comunicación Social 2020, 2020*, ISBN 978-84-09-25842-0, pág. 49-49 (Historia de los Sistemas Informativos, 2020).
350. Rodríguez Rodríguez-Caro, C. J., Acosta Artiles, F. J., Cejas Méndez, M. R., Fernández-Garcimartín, H. & González Martín, J. M. Noticias sobre suicidio en medios digitales de España: Características y adhesión a las recomendaciones de la OMS. *Revista Española de Salud Pública* **95**, e1-e12 (2021).
351. Durán, Á. & Fernández-Beltrán, F. Responsabilidad de los medios en la prevención del suicidio. Tratamiento informativo en los medios españoles. *Profesional de la información / Information Professional* **29**, (2020) <https://doi.org/10.3145/epi.2020.mar.07>.
352. Julián, F. J. O. de, Díaz-Campo, J. & Segado-Boj, F. Cumplimiento de las recomendaciones de la OMS en noticias sobre suicidios. Análisis de la prensa digital española (2010-2017). *Doxa Comunicación. Revista Interdisciplinaria de Estudios de Comunicación y Ciencias Sociales* **57-74** (2021) <https://doi.org/10.31921/doxacom.n32a3>.
353. Fanjul-Peyró, C., González-Oñate, C. & Santo-Mirabet, M.-C. Campañas institucionales para la prevención del suicidio en España. Análisis del cambio estratégico en su comunicación social: caso Comunidad Valenciana. *Revista Mediterránea de Comunicación* **11**, 261-276 (2020) <https://doi.org/10.14198/MEDCOM2020.11.2.9>.
354. Stack, S. Media guidelines and suicide: A critical review. *Social Science & Medicine* **262**, 112690 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112690>.
355. Sedgwick, R., Epstein, S., Dutta, R. & Ougrin, D. Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry* **32**, 534-541 (2019) <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000547>.
356. Herruzo, C., Sánchez-Guarnido, A. J., Pino, M. J., Lucena, V., Raya, A. F. & Herruzo, F. J. Suicidal Behavior and Problematic Internet Use in College Students. *Psicothema* **77-86** (2023) <https://doi.org/10.7334/psicothema2022.153>.
357. Memon, A. M., Sharma, S. G., Mohite, S. S. & Jain, S. The role of online social networking on deliberate self-harm and suicidality in adolescents: A systematized review of literature. *Indian Journal of Psychiatry* **60**, 384-392 (2018) [www.doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_414\\_17](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_414_17).
358. Tørmoen, A. J., Myhre, M. Ø., Kildahl, A. T., Walby, F. A. & Rossow, I. A nationwide study on time spent on social media and self-harm among adolescents. *Scientific Reports* **13**, 19111 (2023) <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46370-y>.
359. Picardo, J., McKenzie, S. K., Collings, S. & Jenkin, G. Suicide and self-harm content on Instagram: A systematic scoping review. *PLOS ONE* **15**, e0238603 (2020) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238603>.
360. Pérez-Sáenz, J., Ortuño-Sierra, J., Pérez-Albéniz, A., Mason, O. & Fonseca-Pedrero, E. Prevalence of Problematic Internet Use among Spanish Adolescents. *Clinical and Health* **34**, 139-144 (2023) <https://doi.org/10.5093/clhsa2023a14>.
361. Carli, V., Hadlaczy, G., Hökby, S., Sarchiapone, M. & Wasserman, D. EPA-1480 - Suicide prevention by internet and media based mental health promotion (supreme). *European Psychiatry* **29**, 1 (2014) [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(14\)78672-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(14)78672-9).
362. Carli, V. Suicide prevention through the Internet. *Suicide: An unnecessary death* (ed. Wasserman, D.) O (Oxford University Press, 2016). ISBN: 978-0-19-871739-3.
363. Marchant, A. et al. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PLOS ONE* **12**, e0181722 (2017) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>.
364. McTernan, N. & Ryan, F. *The harmful impact of online content - a literature review*. National Suicide Research Foundation, Ireland. <https://www.nsr.ie/wp-content/uploads/2023/09/Harmful-impact-of-suicide-and-self-harm-content-online-Review-of-the-literature-Update-August-2023-Final.pdf> (2023).
365. Brownlie, J., Ho, J. C., Dunne, N., Fernández, N. & Squirrel, T. Troubling content: Guiding discussion of death by suicide on social media. *Sociology of Health & Illness* **43**, 607-623 (2021) <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13245>.
366. Engelson, B. J., Bernstein, S. A., Moutier, C. Y. & Gold, J. A. Content Notice: Guidelines to Discuss Suicide on Social Media. *Missouri Medicine* **120**, 15 (2023).
367. Robinson, J. et al. The #chatsafe project: Developing guidelines to help young people communicate safely about suicide on social media: A Delphi study. *PLOS ONE* **13**, e0206584 (2018) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206584>.
368. Rezapour, M. Contextual evaluation of suicide-related posts. *Humanities and Social Sciences Communications* **10**, 1-10 (2023) <https://doi.org/10.1057/s41599-023-02212-w>.
369. Skaik, R. & Inknpen, D. Using Social Media for Mental Health Surveillance: A Review. *ACM Computing Surveys* **53**, 129:1-129:31 (2020) <https://doi.org/10.1145/3422824>.
370. Forte, A., Sarli, G., Polidori, L., Lester, D. & Pompili, M. The Role of New Technologies to Prevent Suicide in Adolescence: A Systematic Review of the Literature. *Medicina* **57**, 109 (2021) <https://doi.org/10.3390/medicina57020109>.
371. Lopez-Castroman, J., Moulahi, B., Azé, J., Bringay, S., Deninotti, J., Guillaume, S. & Baca-García, E. Mining social networks to improve suicide prevention: A scoping review. *Journal of Neuroscience Research* **98**, 616-625 (2020) <https://doi.org/10.1002/jnr.24404>.
372. Celedonia, K. L., Corrales Compagnucci, M., Minssen, T. & Lowery Wilson, M. Legal, ethical, and wider implications of suicide risk detection systems in social media platforms. *Journal of Law and the Biosciences* **8**, Isab021 (2021) <https://doi.org/10.1093/jlb/Isab021>.
373. Robinson, J., Cox, G., Bailey, E., Hetrick, S., Rodrigues, M., Fisher, S. & Herrman, H. Social media and suicide prevention: a systematic review. *Early Intervention in Psychiatry* **10**, 103-121 (2016) <https://doi.org/10.1111/eip.12229>.
374. Rocamora Bonilla, A. Intervención telefónica en crisis suicidas. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida, 2014*, ISBN 978-84-942990-0-1, págs. 235-248 235-248 (Fundación Salud Mental España, 2014). ISBN: 978-84-942990-0-1.
375. Hoffberg, A. S., Stearns-Yoder, K. A. & Brenner, L. A. The Effectiveness of Crisis Line Services: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health* **7**, (2020) <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00399>.
376. Notredame, C.-E. et al. The 3114: A new professional helpline to swing the French suicide prevention in a new paradigm. *European Psychiatry* (2022) <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2318>.
377. Ministerio de Sanidad - O24. Línea de atención a la conducta suicida. <https://www.sanidad.gob.es/lineaO24/home.htm> [29/05/2024].
378. Ministerio de Sanidad. *Informe mayo 2022 - mayo2023 línea O24*. [https://www.sanidad.gob.es/lineaO24/docs/INFORME\\_O24\\_anual\\_2022-2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/lineaO24/docs/INFORME_O24_anual_2022-2023.pdf).
379. Teléfono de la Esperanza. *Teléfono de la Esperanza* <https://telefonodelaesperanza.org/prevencion-del-suicidio> [29/05/2024].
380. Fundación ANAR. Teléfono chat ANAR. *Fundación ANAR* <https://www.anar.org/que-hacemos/telefono-chat-anar/> [29/05/2024].
381. Ayuntamiento de Barcelona. 900 925 555 Teléfono de atención gratuito para prevenir el suicidio. <https://www.barcelona.cat/mobilitat/es/actualidad-y-recursos/noticias/900-925-555-el-telefono-de-atencion-gratuito-para-prevenir-el-suicidio-978295> [30/08/2024].
382. Papageno, Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio. Mapa de recursos de abordaje de la conducta suicida en España. *Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio* <https://papageno.es/mapa-de-recursos-de-abordaje-de-la-conducta-suicida-en-espana> [29/05/2024].
383. La Barandilla. Teléfono contra el suicidio. *La Barandilla* <https://www.labarandilla.org/telefono-contra-el-suicidio/> [29/05/2024].
384. Samaritans. Samaritans en España. <https://www.samaritansinspain.com> [29/05/2024].
385. Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio, Papageno. *Asociación de Profesionales en Prevención y Posvención del Suicidio* <https://papageno.es/> [29/05/2024].
386. Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio (Red AIPIS-FAeDS). <https://www.redaipis.org/quienes-somos> [18/09/2024].
387. López Vega, D. J., Morell García, M. F. & Río Olvera, F. J. del. Colectivos vulnerables para la conducta suicida. *Manual de psicología de la conducta suicida, 2023*, ISBN 978-84-368-4744-4, págs. 235-271 235-271 (Pirámide, 2023).
388. Castellví, P. & Piqueras Rodríguez, J. A. *El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir*. ISSN: 0211-4364 45-59 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7161801> (2018).
389. Nogueira, I. et al. A wake up call about suicide in old people. *The European Journal of Psychiatry* **38**, 100251 (2024) <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2024.100251>.
390. de Mendonça Lima, C. A., De Leo, D., Ivbijaro, G. & Svab, I. Suicide prevention in older adults. *Asia-Pacific Psychiatry* **13**, e12473 (2021) <https://doi.org/10.1111/appy.12473>.
391. Calderón Cholbi, A., Mateu Mollá, J. & Lacomba Trejo, L. Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática. *Información psicológica* **85-105** (2021) <https://doi.org/10.14635/PSIC.121.3>.
392. Soriano Barceló, J., Portes Cruz, J., Cornes Iglesias, J. M., Portela Traba, B., Brenlla González, J. & Mateos Álvarez, R. Contacto sanitario previo a intentos de suicidio en personas de edad avanzada. Un estudio de campo en Galicia, España. *Actas españolas de psiquiatría* **48**, 106-115 (2020).
393. Schrijvers, D. L., Bollen, J. & Sabbe, B. G. C. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders* **138**, 19-26 (2012) <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>.
394. McKay, K., Milner, A. & Maple, M. Women and suicide: beyond the gender paradox. *International Journal of Culture and Mental Health* **7**, 168-178 (2014) <https://doi.org/10.1080/17542863.2013.765495>.
395. Al-Halabí, S., García-Haro, J., Rodríguez-Muñoz, M. & Fonseca-Pedrero, E. Suicidal behavior and the perinatal period: Taboo and misunderstanding. *Pap Psicol* **42**, 161-9 (2021).
396. Bright, A.-M., Doody, O. & Tuohy, T. Women with perinatal suicidal ideation—A scoping review of the biopsychosocial risk factors to inform health service provision and research. *PLOS ONE* **17**, e0274862 (2022) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274862>.



397. Chin, K., Wendt, A., Bennett, I. M. & Bhat, A. Suicide and Maternal Mortality. *Current Psychiatry Reports* **24**, 239–275 (2022)  
<https://doi.org/10.1007/s11920-022-01334-3>.
398. Khalifeh, H., Hunt, I. M., Appleby, L. & Howard, L. M. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *The Lancet Psychiatry* **3**, 233–242 (2016)  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00003-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00003-1).
399. Backer, K. D., Wilson, C. A., Dolman, C., Vowles, Z. & Easter, A. Rising rates of perinatal suicide. *BMJ* **381**, e075414 (2023)  
<https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075414>.
400. Admon, L. K. et al. Trends in Suicidality 1 Year Before and After Birth Among Commercially Insured Childbearing Individuals in the United States, 2006–2017. *JAMA Psychiatry* **78**, 171–176 (2021)  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3550>.
401. Cairns, J.-M., Graham, E. & Bambra, C. Area-level socioeconomic disadvantage and suicidal behaviour in Europe: A systematic review. *Social Science & Medicine* **192**, 102–111 (2017)  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.034>.
402. Milner, A., Hjelmeland, H., Arensman, E. & Leo, D. D. Social-Environmental Factors and Suicide Mortality: A Narrative Review of over 200 Articles. *Sociology Mind* **3**, 137–148 (2013)  
<https://doi.org/10.4236/sm.2013.32021>.
403. Iemmi, V. et al. Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Psychiatry* **3**, 774–783 (2016)  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30066-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30066-9).
404. Doménech, A., Gili Planas, M., Salvà Coll, J., Homar Covas, C., Sánchez de Muniain, M. & Roca Bannasar, M. A. Variables socioeconómicas asociadas al suicidio. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* 15–23 (2014).
405. Milner, A., Spittal, M. J., Pirkis, J. & LaMontagne, A. D. Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* **203**, 409–416 (2013)  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405>.
406. Ruiz Pérez, I. & Olry de Labry Lima, A. El suicidio en la España de hoy. *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria* **20**, 25–31 (2006).
407. Kyung-Sook, W., SangSoo, S., Sangjin, S. & Young-Jeon, S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Social Science & Medicine* **197**, 116–126 (2018)  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.053>.
408. Till, B., Tran, U. S. & Niederkrotenthaler, T. Relationship Satisfaction and Risk Factors for Suicide. *Crisis* **38**, 7–16 (2017)  
<https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000407>.
409. Cayuela, L., Cerame del Campo, Á., López-Sánchez, E. J., Rodríguez Domínguez, S. & Cayuela Domínguez, A. Evolución espaciotemporal del riesgo de mortalidad por suicidio en la España peninsular (1999–2018). *Revista española de salud pública* **70** (2020).
410. Roberts, S. E., Jaremin, B. & Lloyd, K. High-risk occupations for suicide. *Psychological Medicine* **43**, 1231–1240 (2013)  
<https://doi.org/10.1017/S0033291712002024>.
411. Chae, M. H. & Boyle, D. J. Police suicide: prevalence, risk, and protective factors. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management* **36**, 91–118 (2013)  
<https://doi.org/10.1108/13639511311302498>.
412. Guerrero-Barona, E., Guerrero-Molina, M., Chambel, M. J., Moreno-Manso, J. M., Bueso-Izquierdo, N. & Barbosa-Torres, C. Suicidal Ideation and Mental Health: The Moderating Effect of Coping Strategies in the Police Force. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **18**, 8149 (2021)  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18158149>.
413. Castaño Treviñ, J. A. ¿Por qué se suicida un policía? *Ciencia policial: revista del Instituto de Estudios de Policía* 87–129 (2022).
414. Fernández Domínguez, J. J. El suicidio de policías y guardias civiles como riesgo profesional en los tribunales. *Revista de derecho de la seguridad social. Laborum* 35–61 (2022).
415. González del Campillo Garoz, A., Moya Fernández, A. M., Florido Vera, B. J. & González Álvarez, J. L. Tipología del agente de la Guardia Civil que se suicida. *Behavior & Law Journal* **9**, 125–146 (2023).
416. Argudo, A., Gonzalez Weis, R. & Lopez Saavedra, M. A. Dossier III: Suicidio: Una realidad oculta en la guardia civil. *Cuadernos de criminología: revista de criminología y ciencias forenses* 34–41 (2022).
417. Bryan, C. J. & Rozek, D. C. Suicide prevention in the military: a mechanistic perspective. *Current Opinion in Psychology* **22**, 27–32 (2018)  
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.022>.
418. Rostami, M., Rahmati-Najarkolaei, F., Salehi, M. & Azad, E. A Systematic Review of Suicide Prevention Interventions in Military Personnel. *Archives of Suicide Research* **26**, 481–499 (2022)  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1848669>.
419. Duthheil, F. et al. Suicide among physicians and healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* **14**, e0226361 (2019)  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>.
420. Awan, S. et al. Suicide in Healthcare Workers: Determinants, Challenges, and the Impact of COVID-19. *Frontiers in Psychiatry* **12**, (2022)  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.792925>.
421. Londoño Pérez, C. et al. Acciones eficaces de prevención del riesgo suicida en militares y policías: sinopsis de revisiones sistemáticas. *Investigación en psicología: aplicaciones e intervenciones II*, 2022, ISBN 978-628-7554-32-0, págs. 173–192 173–192 (Universidad Católica de Colombia, 2022).
422. Milner, A., Witt, K., Maheen, H. & LaMontagne, A. Access to means of suicide, occupation and the risk of suicide: a national study over 12 years of coronial data. *BMC Psychiatry* **17**, 125 (2017)  
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1288-0>.
423. Howard, M. C., Follmer, K. B., Smith, M. B., Tucker, R. P. & Van Zandt, E. C. Work and suicide: An interdisciplinary systematic literature review. *Journal of Organizational Behavior* **43**, 260–285 (2022)  
<https://doi.org/10.1002/job.2519>.
424. Germain, M.-L. Work-related suicide: An analysis of US government reports and recommendations for human resources. *Employee Relations* **36**, 148–164 (2014)  
<https://doi.org/10.1108/ER-01-2013-0009>.
425. Méndez Rivero, F. Precariedad laboral, estrés crónico y salud mental: un estudio sobre el entorno psicosocial laboral como posible mecanismo causal.  
<https://www.tdx.cat/handle/10803/688189#page=1>, (Universitat Pompeu Fabra, 2023).
426. Congreso de los Diputados. XV Legislatura. Pregunta al Gobierno con respuesta escrita. Número de suicidios en la Policía y en la Guardia Civil desde el año 2023. (184/004376).  
[www.congreso.es/es/busqueda-de-iniciativas?p\\_p\\_id=iniciativas&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&iniciativas\\_mode=mostrarDetalle&iniciativas\\_legislatura=XV&iniciativas\\_id=184/004376](http://www.congreso.es/es/busqueda-de-iniciativas?p_p_id=iniciativas&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&iniciativas_mode=mostrarDetalle&iniciativas_legislatura=XV&iniciativas_id=184/004376) [20/09/2024].
427. Simm, Z. Caracterización del suicidio como accidente de trabajo: situación en España y en Brasil.  
<https://ruidera.uclm.es/items/e4ef384d-b015-417b-b8b1-3999ed8f29c5>, (Universidad de Castilla-La Mancha, 2016).
428. Arochena, L. & Fernando, J. El suicidio como accidente de trabajo: ¿qué hay que probar y cómo probarlo? *Revista de jurisprudencia laboral* 1–8 (2023)  
[https://doi.org/10.55104/RJL\\_00440](https://doi.org/10.55104/RJL_00440).
429. Calvo-García, F., Giralte-Vázquez, C., Calvet-Roura, A. & Carbonells-Sánchez, X. Riesgo de suicidio en población sin hogar. *Clinica y Salud* **27**, 89–96 (2016)  
<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.05.002>.
430. Sherer, S., Conn, B. M. & Radzik, M. Suicide Risk and Intervention Among Homeless and Precariously Housed Youth. *Clinical Care for Homeless, Runaway and Refugee Youth: Intervention Approaches, Education and Research Directions* (eds. Warf, C. & Charles, G.) 305–315 (Springer International Publishing, 2020). ISBN: 978-3-030-40675-2.
431. Peltier, B., Raitt, J. M., Habazi, D., Roaten, K., Pollio, D. & North, C. S. A Longitudinal Study of Suicidality in a Homeless Population Sample. *Archives of Suicide Research* **27**, 1–12 (2023)  
<https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1950588>.
432. Ayano, G., Tsegay, L., Abraha, M. & Yohannes, K. Suicidal Ideation and Attempt among Homeless People: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly* **90**, 829–842 (2019)  
<https://doi.org/10.1007/s11126-019-09667-8>.
433. Gentil, L., Grenier, G. & Fleury, M.-J. Determinants of suicidal ideation and suicide attempt among former and currently homeless individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **56**, 747–757 (2021)  
<https://doi.org/10.1007/s00127-020-01952-3>.
434. Meyer, I. H. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin* **129**, 674–697 (2003)  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>.
435. Goldbach, J. T., Rhoades, H., Green, D., Fulginiti, A. & Marshal, M. P. Is There a Need for LGBT-Specific Suicide Crisis Services? *Crisis* **40**, 203–208 (2019)  
<https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000542>.
436. Sidaros, R. Current Challenges in the Management of LGBT Suicide. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal* **12**, 8–10 (2017)  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2017.12.0103>.
437. Yıldız, E. Suicide in sexual minority populations: A systematic review of evidence-based studies. *Archives of Psychiatric Nursing* **32**, 650–659 (2018)  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.003>.
438. Brown, L. A. et al. A Suicide Prevention Intervention for Emerging Adult Sexual and Gender Minority Groups: Protocol for a Pilot Hybrid Effectiveness Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols* **12**, e48177 (2023)  
<https://doi.org/10.2196/48177>.
439. dickey, lore m. & Budge, S. L. Suicide and the transgender experience: A public health crisis. *American Psychologist* **75**, 380–390 (2020)  
<https://doi.org/10.1037/amp0000619>.
440. Kia, H., MacKinnon, K. R., Abramovich, A. & Bonato, S. Peer support as a protective factor against suicide in trans populations: A scoping review. *Social Science & Medicine* **279**, 114026 (2021)  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114026>.
441. Virupaksha, H. G., Muralidhar, D. & Ramakrishna, J. Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. *Indian Journal of Psychological Medicine* **38**, 505–509 (2016)  
<https://doi.org/10.4103/0253-7176.194908>.
442. Mundt, A. P., Cifuentes-Gramajo, P. A., Baranyi, G. & Fazel, S. Worldwide incidence of suicides in prison: a systematic review with meta-regression analyses. *The Lancet Psychiatry* **11**, 536–544 (2024)  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00134-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00134-2).
443. Aebi, M. F. & Cocco, E. *Prisons and Prisoners in Europe 2023: Key Findings of the SPACE I survey*. UNILCRIM 2024/1. Council of Europe and University of Lausanne  
[https://wp.unil.ch/space/files/2024/06/SPACE\\_I\\_2023\\_Key\\_Findings.pdf](https://wp.unil.ch/space/files/2024/06/SPACE_I_2023_Key_Findings.pdf) (2024).
444. Forte, A. et al. Suicide Risk among Immigrants and Ethnic Minorities: A Literature Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **15**, 1438 (2018)  
<https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>.
445. Troya, M. I. et al. Suicide rates amongst individuals from ethnic minority backgrounds: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine* **47**, (2022)  
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101399>.
446. Dykxhoorn, J., Rich, N., Martínez-Alés, G. & Pitman, A. Hiding in plain sight: ethnic and migrant variation in suicide. *The Lancet Psychiatry* **11**, 577–578 (2024)  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00218-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00218-9).

447. Maclisaac, M. B., Bugeja, L. C. & Jelinek, G. A. The association between exposure to interpersonal violence and suicide among women: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* **41**, 61–69 (2017) <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12594>.
448. Castellví, P. et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **135**, 195–211 (2017) <https://doi.org/10.1111/acps.12679>.
449. Sanz Fuentes, A. & Ruiz Lorenzo, V. Pensamiento e intento suicida en mujeres y su relación con la violencia de género. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 81–100 (2023) <https://doi.org/10.5477/cis/reis.181.81>.
450. Racine, M. Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* **87**, 269–280 (2018) <https://doi.org/10.1016/j.pnpb.2017.08.020>.
451. Fässberg, M. M. et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health* **20**, 166–194 (2016) <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1083945>.
452. Flórez, G., Espandian, A., Llorens, N., Seoane-Pillado, T. & Saiz, P. Suicide deaths and substance use in the Galician provinces between 2006 and 2020. *Frontiers in Psychiatry* **14**, (2023) <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1242069>.
453. Gálvez, B. P. Prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida* 611–630 (2014). ISBN: 978-84-942990-0-1.
454. Wilcox, H. C., Conner, K. R. & Caine, E. D. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence* **76**, S11–S19 (2004) <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003>.
455. Parra-Urbe, I. et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: A survival analysis. *BMC Psychiatry* **17**, 163 (2017) <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1317-z>.
456. Ramstedt, M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* **96**, 59–75 (2001) <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.96.1s16.x>.
457. Roche, S. P., Rogers, M. L. & Pridemore, W. A. A cross-national study of the population-level association between alcohol consumption and suicide rates. *Drug and Alcohol Dependence* **188**, 16–23 (2018) <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.02.036>.
458. Xuan, Z. et al. Alcohol Policies and Suicide: A Review of the Literature. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* **40**, 2043–2055 (2016) <https://doi.org/10.1111/acer.13203>.
459. Kölves, K., Chitty, K. M., Wardhani, R., Värnik, A., de Leo, D. & Witt, K. Impact of Alcohol Policies on Suicidal Behavior: A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **17**, 7030 (2020) <https://doi.org/10.3390/ijerph17197030>.
460. Coleman, S. M., Lira, M. C., Blanchette, J., Heeren, T. C. & Naimi, T. S. Alcohol policies, firearm policies, and suicide in the United States: a lagged cross-sectional study. *BMC Public Health* **21**, 366 (2021) <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10216-x>.
461. Kleiman, E. M. & Liu, R. T. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders* **150**, 540–545 (2013) <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033>.
462. Kleiman, E. M., Riskind, J. H. & Schaefer, K. E. Social Support and Positive Events as Suicide Resiliency Factors: Examination of Synergistic Buffering Effects. *Archives of Suicide Research* **18**, 144–155 (2014) <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.826155>.
463. Zdravec Šediv, N., Podlogar, T., Kerr, D. C. R. & De Leo, D. Community social support as a protective factor against suicide: A gender-specific ecological study of 75 regions of 23 European countries. *Health & Place* **48**, 40–46 (2017) <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.09.004>.
464. Caezar, A. L., Christensen, H., Freeman, A., Fenton, K., Busby Grant, J., van Spijker, B. & Donker, T. A systematic review of psychosocial suicide prevention interventions for youth. *European Child & Adolescent Psychiatry* **25**, 467–482 (2016) <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0783-4>.
465. Linskens, E. J. et al. Population- and Community-Based Interventions to Prevent Suicide. *Crisis* **44**, 330–340 (2023) <https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000873>.
466. Meerwijk, E. L., Parekh, A., Oquendo, M. A., Allen, I. E., Franck, L. S. & Lee, K. A. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* **3**, 544–554 (2016) [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00064-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00064-X).
467. World Health Organization. *Preventing suicide: a community engagement toolkit*. (World Health Organization, 2018). ISBN: 978-92-4-151379-1.
468. 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. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* **37**, 2404–2409 (2013) <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.02.009>.
469. Hanlon, C. A., McIlroy, D., Poole, H., Chopra, J. & Saini, P. Evaluating the role and effectiveness of co-produced community-based mental health interventions that aim to reduce suicide among adults: A systematic review. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* **26**, 64–86 (2022) <https://doi.org/10.1111/hex.13661>.
470. Morton, M. et al. Gatekeeper training for friends and family of individuals at risk of suicide: A systematic review. *Journal of Community Psychology* **49**, 1838–1871 (2021) <https://doi.org/10.1002/jcop.22624>.
471. The Friendship Bench. *Centre for Global Mental Health* <https://www.centreforglobalmentalhealth.org/the-friendship-bench> [10/07/2024].
472. Kreuter, M. W., Black, W. J., Friend, L., Booker, A. C., Klump, P., Bobra, S. & Holt, C. L. Use of Computer Kiosks for Breast Cancer Education in Five Community Settings. *Health Education & Behavior* **33**, 625–642 (2006) <https://doi.org/10.1177/1090198106290795>.
473. Burnette, C., Ramchand, R. & Ayer, L. Gatekeeper Training for Suicide Prevention. A Theoretical Model and Review of the Empirical Literature. *Rand Health Quarterly* **5**, 16 (2015).
474. Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F. & Lagopoulos, J. The Long-Term Efficacy of Suicide Prevention Gatekeeper Training: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research* **25**, 177–207 (2021) <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1690608>.
475. Yonemoto, N., Kawashima, Y., Endo, K. & Yamada, M. Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* **246**, 506–514 (2019) <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.052>.
476. Hogan, M. F. & Grumet, J. G. Suicide Prevention: An Emerging Priority For Health Care. *Health Affairs* **35**, 1084–1090 (2016) <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1672>.
477. Goñi Sarriés, A. & Cebria Mecca, A. I. Abordaje de la conducta suicida en régimen de hospitalización. *Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023, ISBN 978-84-368-4744-4, págs. 485–510 485–510 (Pirámide, 2023).
478. Guerrero Díaz, M. Un modelo de intervención clínica en la conducta suicida en el sistemam nacional de salud de España. *Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023, ISBN 978-84-368-4744-4, págs. 511–539 511–539 (Pirámide, 2023).
479. Eurostat. Number of psychiatrists: how do countries compare? <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200506-1> [29/06/2024].
480. Duro Martínez, J. C. & Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. ¿Sabemos cuántos profesionales especialistas en psicología clínica trabajan en el sistema nacional de salud español? *Papeles del Psicólogo – Psychologist Papers* **42**, (2021) <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2955>.
481. Fernández-García, X. Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento. *Ansiedad y Estrés* **27**, 31–40 (2021) <https://doi.org/10.5093/anyes2021a5>.
482. Mar, J., García-Calvente, M. del M., Cabaesés, J., Puig-Barrachina, V. & Alonso, J. Los retos actuales de la salud mental desde la Salud Pública y la Administración Sanitaria. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria* **34**, 1–2 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.09.001>.
483. Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña. *La situación de la salud mental en España*. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-situacion-salud-mental/> (2023).
484. Luoma, J. B., Martin, C. E. & Pearson, J. L. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry* **159**, 909–916 (2002) <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>.
485. Gabilondo, A., Gonzalez-Pinto, A., Garcia, J., del Valle, D., Morentin, B. & Iruin, A. Analysis of health services use and clinical profiles in the year prior to suicide between 2010 and 2018: An opportunity to improve its prevention. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health* (2024) <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2024.05.002>.
486. Delaney, T., Nelson, L. & Lopez, D. Suicide Prevention Education for Health Care Providers: Challenges and Opportunities. *Suicide Risk Assessment and Prevention* (ed. Pompili, M.) 1–21 (Springer International Publishing, 2021). ISBN: 978-3-030-41319-4.
487. Spottswood, M., Lim, C. T., Davydow, D. & Huang, H. Improving Suicide Prevention in Primary Care for Differing Levels of Behavioral Health Integration: A Review. *Frontiers in Medicine* **9**, (2022) <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.892205>.
488. Pacheco Tabuenca, T. & Parada Torres, E. Intervención psicológica en crisis en conducta suicida. *Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023, ISBN 978-84-368-4744-4, págs. 463–484 463–484 (Pirámide, 2023).
489. Duarte, S. M. *Asociación para la Intervención Psicológica en Urgencias, Emergencias, Crisis y Desastres. Intervención en crisis suicidas. Guía práctica para servicios de bomberos*. ASINPEC. [www.cop.es/uploads/PDF/GUIA\\_PRACTICA\\_PARA\\_BOMBEROS\\_INTERVENCION\\_SUICIDIOS.pdf](http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA_PRACTICA_PARA_BOMBEROS_INTERVENCION_SUICIDIOS.pdf) (2019).
490. Tébar del Río, I. Intervención del cuerpo de bomberos en crisis suicidas. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, 2014, ISBN 978-84-942990-0-1, págs. 305–318 305–318 (Fundación Salud Mental España, 2014). ISBN: 978-84-942990-0-1.
491. Parada, E., Martínez, S. & Tubío, ergio. *Guía de intervenciones en tentativa suicida. Asociación internacional de bomberos y psicología*. <https://psicologosemergenciasbalears.wordpress.com/wp-content/uploads/2022/10/guia-its-aib-30.pdf>.
492. World Health Organization. *Preventing suicide: a resource for police, firefighters and other first line responders*. <https://iris.who.int/handle/10665/44175> (2009).
493. Acinas Acinas, P. Intervención psicológica en crisis suicidas. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, 2014, ISBN 978-84-942990-0-1, págs. 269–304 269–304 (Fundación Salud Mental España, 2014). ISBN: 978-84-942990-0-1.



494. Pardo Antúnez, J. M. Intervención médica en crisis suicidas. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*, 2014, ISBN 978-84-942990-0-1, págs. 249-268 (Fundación Salud Mental España, 2014). ISBN: 978-84-942990-0-1.
495. Ayuntamiento de Madrid. *Protocolo de actuación conjunta de los servicios de Bomberos, SAMUT-Protección Civil y Policía Municipal ante tentativa de Suicidio*. PAC-ITS B/S-PC/PM [https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/217\\_03b.pdf](https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/217_03b.pdf) (2022).
496. Azcárate-Jiménez, L., López-Goñi, J. J., Goñi-Sarriés, A., Montes-Reula, L., Portilla-Fernández, A. & Elorza-Pardo, R. Repeated suicide attempts: A follow-up study. *Actas Españolas de Psiquiatría* **47**, 127-136 (2019).
497. Pemau, A. et al. Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* **1-8** (2024) <https://doi.org/10.1017/S0033291724000904>.
498. Liu, B.-P., Lunde, K. B., Jia, C.-X. & Qin, P. The short-term rate of non-fatal and fatal repetition of deliberate self-harm: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders* **273**, 597-603 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.072>.
499. Goñi Sarriés, A., Blanco Beregaña, M., Azcárate Jiménez, L., Peinado Jaro, R. & López Goñi, J. J. Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide? *Psicothema* (2018) <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.318>.
500. Espandian, A. et al. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* **13**, 11-21 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>.
501. Al-Halabi Díaz, S., García Haro, J. & González González, M. La entrevista clínica como relación de ayuda en la conducta suicida. *Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023, ISBN 978-84-368-4744-4, págs. 317-352 (Pirámide, 2023).
502. Thom, R., Hogan, C. & Hazen, E. Suicide Risk Screening in the Hospital Setting: A Review of Brief Validated Tools. *Psychosomatics* **61**, 1-7 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.psym.2019.08.009>.
503. National Institute of Mental Health (NIMH). Saving Lives Through the Science of Suicide Prevention. <https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2023/saving-lives-through-the-science-of-suicide-prevention> [12/03/2024].
504. Simon, G. E. et al. Predicting Suicide Attempts and Suicide Deaths Following Outpatient Visits Using Electronic Health Records. *The American Journal of Psychiatry* **175**, 951-960 (2018) <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101167>.
505. Stanley, B., Martínez-Alés, G., Gratch, I., Rizk, M., Galfalvy, H., Choo, T.-H. & Mann, J. J. Coping strategies that reduce suicidal ideation: An ecological momentary assessment study. *Journal of Psychiatric Research* **133**, 32-37 (2021) <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.012>.
506. Stanley, B. & Mann, J. J. The Need for Innovation in Health Care Systems to Improve Suicide Prevention. *JAMA Psychiatry* **77**, 96-98 (2020) <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2769>.
507. Goñi-Sarriés, A., Janda-Galán, L., Macaya-Aranguren, P., Azcárate, L., López-Goñi, J. J. & Álvarez, I. Differences between suicide attempts and other psychiatric hospital emergencies. *Actas Españolas de Psiquiatría* **46**, 83-91 (2018).
508. National Institute of Mental Health (NIMH). Suicide Prevention Research Priorities. <https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2020/nimh-leadership-describes-suicide-prevention-research-priorities> [22/03/2024].
509. Ayer, L. et al. Clinical Pathway for Suicide Risk Screening in Adult Primary Care Settings: Special Recommendations. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry* **63**, 497-510 (2022) <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2022.05.003>.
510. López-Goñi, J. J., Goñi-Sarriés, A., Azcárate-Jiménez, L. & Sabater-Maestro, P. Suicidal behaviour recurrence in psychiatric emergency departments of patients without a prior suicide attempt, index and reattempters: A prospective study. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* **13**, 192-201 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.07.003>.
511. Boudreaux, E. D. et al. Effect of an Emergency Department Process Improvement Package on Suicide Prevention: The ED-SAFE 2 Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* **80**, 665-674 (2023) <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.1304>.
512. Lengvenyte, A., Olié, E., Strumila, R., Navickas, A., Gonzalez Pinto, A. & Courtet, P. Immediate and short-term efficacy of suicide-targeted interventions in suicidal individuals: A systematic review. *World Journal of Biological Psychiatry* **22**, 670-685 (2021) <https://doi.org/10.1080/15622975.2021.1907712>.
513. Boudreaux, E. D. et al. Studying the implementation of Zero Suicide in a large health system: Challenges, adaptations, and lessons learned. *Contemporary Clinical Trials Communications* **30**, 100999 (2022) <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2022.100999>.
514. Martínez-Alés, G., Keyes, K. M. & Baca-García, E. Beyond Statistical Significance: An Underrated Suicide Prevention Intervention. *The Journal of Clinical Psychiatry* **80**, 1885 (2019) <https://doi.org/10.4088/JCP.19lr12814>.
515. Fleischmann, A. et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization* **86**, 703-709 (2008) <https://doi.org/10.2471/blt.07.046995>.
516. Wasserman, D., Iosue, M., Wuestefeld, A. & Carli, V. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry* **19**, 294-306 (2020) <https://doi.org/10.1002/wps.20801>.
517. Pérez, V. et al. The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide. *Journal of Affective Disorders* **268**, 201-205 (2020) <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.009>.
518. Al-Halabi Díaz, S., González González, M. & García Haro, J. Intervenciones psicológicas para el abordaje clínico de la conducta suicida: apoyos empírico y componentes fundamentales. *Manual de psicología de la conducta suicida*, 2023, ISBN 978-84-368-4744-4, págs. 409-462 (Pirámide, 2023).
519. Brown, G. K. et al. Safety planning intervention and follow-up: A telehealth service model for suicidal individuals in emergency department settings: Study design and protocol. *Contemporary Clinical Trials* **140**, 107492 (2024) <https://doi.org/10.1016/j.cct.2024.107492>.
520. Stanley, B. & Brown, G. K. Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice* **19**, 256-264 (2012) <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>.
521. Fernández Artamendi, S. et al. Prevention of recurrent suicidal behavior: Case management and psychoeducation. *Psicothema*, **31** (2019).
522. Roberto, N. et al. Safety intervention for improving functioning in suicidal attempters (STRONG): A secondary prevention study. Study rationale and research protocol. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health* (2023) <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.05.001>.
523. López-Goñi, J. J. & Goñi-Sarriés, A. Effectiveness of a telephone prevention programme on the recurrence of suicidal behaviour. One-year follow-up. *Psychiatry Research* **302**, (2021) <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114029>.
524. Pérez Arqueros, V., Ibáñez-Beroiz, B., Goñi-Sarriés, A. & Galbete Jiménez, A. Efficacy of psychotherapeutic interventions for non-suicidal self-injury in adolescent population: Systematic review and meta-analysis. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (2022) <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.10.001>.
525. Goñi-Sarriés, A., Yáñez-Goñi, N. & López-Goñi, J. J. Psychiatric Hospitalization for Attempted Suicide and Reattempt at the One-Year Follow-Up. *Psicothema* **375-382** (2022) <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.455>.
526. Olié, E., Lengvenyte, A. & Courtet, P. How can ketamine be used to manage suicidal risk? *Biologie aujourd'hui* **217**, 157-160 (2023) <https://doi.org/10.1051/jbio/2023029>.
527. Abbar, M. et al. Ketamine for the acute treatment of severe suicidal ideation: Double blind, randomised placebo controlled trial. *The BMJ* **376**, (2022) <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067194>.
528. Maple, M., Pearce, T., Sanford, R. L. & Cerel, J. The Role of Social Work in Suicide Prevention, Intervention, and Postvention: A Scoping Review. *Australian Social Work* **70**, 289-301 (2017) <https://doi.org/10.1080/0312407X.2016.1213871>.
529. Andriessen, K., Kryszynska, K., Kölves, K. & Reavley, N. Suicide Postvention Service Models and Guidelines 2014-2019: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology* **10**, (2019) <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02677>.
530. Andriessen, K. Can Postvention Be Prevention? *Crisis* **30**, 43-47 (2009) <https://doi.org/10.1027/Q227-5910.30.1.43>.
531. Evans, A. & Abrahamson, K. The Influence of Stigma on Suicide Bereavement: A Systematic Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* **58**, 21-27 (2020) <https://doi.org/10.3928/02793695-20200127-02>.
532. Pitman, A. L., Stevenson, F., Osborn, D. P. J. & King, M. B. The stigma associated with bereavement by suicide and other sudden deaths: A qualitative interview study. *Social Science & Medicine* **198**, 121-129 (2018) <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.12.035>.
533. Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., Riordan, F. & Arensman, E. Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review. *BMC Public Health* **17**, 939 (2017) <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4930-3>.
534. Shields, C., Kavanagh, M. & Russo, K. A Qualitative Systematic Review of the Bereavement Process Following Suicide. *OMEGA - Journal of Death and Dying* **74**, 426-454 (2017) <https://doi.org/10.1177/0030222815612281>.
535. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. (2014). ISBN: 978-84-9835-810-0.
536. Shear, M. K. et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety* **28**, 103-117 (2011) <https://doi.org/10.1002/da.20780>.
537. Prigerson, H. G. et al. Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. *PLOS Medicine* **6**, e1000121 (2009) <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>.
538. Molina, N., Viola, M., Rogers, M., Ouyang, D., Gang, J., Derry, H. & Prigerson, H. G. Suicidal Ideation in Bereavement: A Systematic Review. *Behavioral Sciences* **9**, 53 (2019) <https://doi.org/10.3390/bs9050053>.
539. Linde, K., Trembl, J., Steinig, J., Nagl, M. & Kersting, A. Grief interventions for people bereaved by suicide: A systematic review. *PLOS ONE* **12**, e0179496 (2017) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179496>.
540. Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K. & King, M. B. Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open* **6**, e009948 (2016) <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009948>.
541. Levi-Belz, Y., Kryszynska, K. & Andriessen, K. What Do We Know about Suicide Bereavement, and What We Can Do to Help Suicide-Loss Survivors? *International Journal of Environmental Research and Public Health* **20**, 5577 (2023) <https://doi.org/10.3390/ijerph20085577>.



542. Maple, M., Pearce, T., Sanford, R., Cerel, J., Castelli Dransart, D. A. & Andriessen, K. A Systematic Mapping of Suicide Bereavement and Postvention Research and a Proposed Strategic Research Agenda. *Crisis* **39**, 275–282 (2018) <https://doi.org/10.1027/O227-5910/a000498>.
543. Journot-Reverbel, K., Raynaud, J.-P., Bui, E. & Revet, A. Support groups for children and adolescents bereaved by suicide: Lots of interventions, little evidence. *Psychiatry Research* **250**, 253–255 (2017) <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.077>.
544. Abbate, L., Chopra, J., Poole, H. & Saini, P. Evaluating Postvention Services and the Acceptability of Models of Postvention: A Systematic Review. *OMEGA - Journal of Death and Dying* 0030222822112723 (2022) <https://doi.org/10.1177/0030222822112723>.
545. Pérez-Solà, V. et al. Second victim experience in Spanish psychiatrists coping with patient suicide: A call for postvention. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health* (2023) <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.11.004>.
546. Aluri, J., Haddad, J. M., Parke, S., Schwartz, V., Joshi, S. V., Menon, M. & Conrad, R. C. Responding to Suicide in School Communities: An Examination of Postvention Guidance from Expert Recommendations and Empirical Studies. *Current Psychiatry Reports* **25**, 345–356 (2023) <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01431-x>.
547. Allie, S.-L. N., Bantjes, J. & Andriessen, K. Suicide postvention for staff and students on university campuses: a scoping review. *BMJ Open* **13**, e068730 (2023) <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-068730>.
548. Causer, H. et al. The Impact of Colleague Suicide and the Current State of Postvention Guidance for Affected Co-Workers: A Critical Integrative Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **19**, 11565 (2022) <https://doi.org/10.3390/ijerph191811565>.
549. Health Service Executive. *Prevention Impact Assessment Toolkit. Connecting for life. Suicide prevention Strategy, Ireland.* <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/connecting-for-life/publications/suicide-prevention-impact-assessment-toolkit.pdf>.
550. McDaid, D. Making an Economic Case for Investing in Suicide Prevention. *The International Handbook of Suicide Prevention* 775–790 (John Wiley & Sons, Ltd, 2016). ISBN: 978-1-118-90322-3.
551. Le, L. K.-D., Esturas, A. C., Mihalopoulos, C., Chiotelis, O., Buchholz, J., Chatterton, M. L. & Engel, L. Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. *PLoS Medicine* **18**, e1003606 (2021) <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003606>.