



SALUD MENTAL Y SUICIDIO DURANTE LA PANDEMIA: ESPAÑA

RESUMEN

La pandemia de la COVID-19 ha contribuido al recrudecimiento de los trastornos mentales latentes, especialmente desde el periodo de confinamiento. En este contexto, el estudio del suicidio como fenómeno fuertemente vinculado a las crisis económicas se ha convertido en una prioridad, ya que se espera que la pandemia actual pueda tener un impacto significativo en las actuales tasas de mortalidad por suicidio. En España, en 2022 se notificaron más de 3.900 casos de suicidio, alcanzando las tasas de mortalidad por autolesión más altas de la historia del país. Aunque la información disponible muestra un aumento de los suicidios en comparación con años anteriores, se necesitan más datos para evaluar el impacto real que la pandemia puede tener a medio y largo plazo. Estudios recientes indican que, efectivamente, se produjo un aumento significativo de los suicidios justo después del confinamiento. La realidad es que la tendencia creciente de suicidios se venía produciendo desde hace años, desde la crisis financiera de 2008. Este informe político se basa en datos de España, recogidos en la encuesta "Suicidio en Europa" realizada por Ifop para la Fundación Jean-Jaurès y la FEPS en mayo de 2022.

Aunque puede ser pronto para predecir la influencia que la pandemia de la COVID-19 tendrá en la salud física y mental de la población española y, en particular, en las futuras tasas de suicidio, los datos actuales demuestran que la crisis sanitaria ha tenido un gran impacto en la población. La evidencia actual muestra que la crisis sanitaria ha tenido un gran impacto en la población joven, las mujeres y las clases bajas y altas. Para mejorar la prevención del suicidio en estos grupos de riesgo son necesarias cinco áreas de actuación: desarrollo de servicios especializados para jóvenes; ayuda a la familia; apoyo a personas vulnerables; nuevos estudios dirigidos a evaluar el impacto del teletrabajo; y atención psicológica especializada en suicidios.



AUTOR

JAVIER ALVAREZ-GALVEZ
Investigador Invitado (Ramón y
Cajal) en el Departamento de
Biomedicina, Biotecnología y
Salud Pública de la Universidad
de Cádiz

EN COLABORACIÓN CON



ÍNDICE

Sobre esta serie	3
Antecedentes	4
Salud mental y suicidio.....	5
Acceso a tratamiento y apoyo	7
Desigualdades sociales en salud mental y suicidio	8
Recomendaciones para la prevención del suicidio	9
Bibliografía	11
Sobre el autor.....	12
También en estas series	13
Anexo: el suicidio en España.....	14

FEPS
FOUNDATION FOR EUROPEAN
PROGRESSIVE STUDIES



THE FOUNDATION FOR EUROPEAN PROGRESSIVE STUDIES (FEPS)

Fundación Política Europea - N° 4 BE 896.230.213
Avenue des Arts 46 1000 Bruselas (Bélgica)
www.feps-europe.eu
@FEPS_Europe


Fondation
Jean Jaurès

FONDATION JEAN JAURÈS

12 Cité Malesherbes,
75009 París
Francia
www.jean-jaures.org
@j_jaures

FUNDACIÓN
PABLO IGLESIAS

FUNDACIÓN PABLO IGLESIAS

Calle Quintana 1, 28008 Madrid. España
www.fpabloiglesias.es
@fpabloiglesias



Este informe se ha elaborado con el apoyo financiero del Parlamento Europeo. No representa la opinión del Parlamento Europeo.

SOBRE ESTA SERIE

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto sin precedentes en nuestras sociedades, perturbando todos los aspectos de nuestras vidas. En el momento álgido de la crisis, los efectos del COVID-19 sobre la salud física ocuparon necesariamente el centro del escenario. Pero más de dos años después, las graves consecuencias del COVID-19 sobre la salud mental siguen revelándose y exigen una respuesta contundente para reducir el sufrimiento y las muertes evitables. Dado el creciente nivel de necesidad, no es de extrañar que el Parlamento Europeo haya pedido que 2023 sea el Año Europeo de la Salud Mental, así como que se impulse el desarrollo de una Estrategia Europea de Salud Mental.

En esta serie, la FEPS y la Fundación Jean-Jaurès trataron de explorar cómo la pandemia y sus efectos sociales y económicos repercutieron en la salud mental y el suicidio en Europa. Ifop realizó encuestas en seis países europeos -Alemania, España, Francia, Irlanda, Polonia y Suecia- en mayo de 2022. Las muestras consistieron en 1.000 personas de cada país, representativas de la población mayor de 18 años. Cada informe analiza los resultados en uno de los países encuestados. Los informes pretenden poner de relieve el nivel de impacto y las necesidades en materia de salud mental durante y después de la pandemia, identificar los grupos vulnerables y destacar los factores que contribuyen a ello. Basándonos en los resultados, ofrecemos una serie de recomendaciones para que los gobiernos mejoren la atención sanitaria mental y refuercen la prevención del suicidio.

Es importante señalar que las consecuencias de la pandemia para la salud mental pueden ser más a largo plazo, por lo que será necesario un mayor seguimiento en los próximos años. Además, es crucial destacar que las necesidades de atención sanitaria mental pueden aumentar en los próximos meses, ya que la creciente crisis del coste de la vida, la gran cantidad de acontecimientos relacionados con el clima durante el verano de 2022 y la guerra en Ucrania crean más estrés y ansiedad en la vida cotidiana de los europeos. Teniendo esto en cuenta, esta serie puede servir de base para preparar los sistemas de salud mental para las necesidades nuevas y emergentes.

Antecedentes

El Sistema Nacional de Salud (SNS)¹ de España es líder mundial en la prestación de asistencia sanitaria. El carácter universal del SNS ha contribuido en gran medida a que la población española tenga uno de los niveles de esperanza de vida y de salud autodeclarada más altos de Europa. Sin embargo, a pesar del liderazgo internacional de este sistema sanitario de acceso universal, los servicios de salud mental siguen ocupando un papel secundario en el conjunto del sistema de provisión de servicios sanitarios,^{2,3} al igual que ocurre en otros países europeos. Aunque el sistema sanitario español se ha mostrado resiliente ante la reciente amenaza del virus SARS-CoV-2 y la COVID-19, las carencias de la atención a la salud mental han vuelto a quedar al descubierto, como ya ocurrió durante la pasada crisis financiera de 2008.⁴ De hecho, si gran parte del impacto de la pasada crisis económica sobre la salud mental y la consiguiente prevención de conductas suicidas fue amortiguado por la atención primaria, los problemas de salud mental de la población española relacionados con la reciente pandemia han seguido un curso similar.

En el contexto del SNS, la atención a la salud mental se presta principalmente a través de los servicios de atención primaria, que se encargan de la detección precoz de los trastornos mentales y del tratamiento sintomático y seguimiento de los pacientes que son derivados a los servicios especializados de salud mental. Además, el SNS dispone de centros ambulatorios especializados (por ejemplo, instalaciones específicas para trastornos infantiles), así como camas hospitalarias para el tratamiento de episodios agudos de enfermedad mental.⁵ El sistema de salud mental en España se caracteriza por una amplia desinstitucionalización basada en servicios de atención diurna y nocturna, incluidos los prestados por asociaciones sin

ánimo de lucro y pequeñas empresas privadas que complementan los servicios hospitalarios intensivos. El cambio en la prestación de servicios de salud mental comenzó en 1985 con el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que recomendaba integrar la atención psiquiátrica en el sistema sanitario general. Como describen Salvador-Carulla et al,^{6,7} las principales características que guiaron el desarrollo del sistema español de salud mental fueron:

1. la regionalización de la asistencia;
2. la creación de un sistema comunitario sectorizado de apoyo a la atención primaria a través de una red especializada e integral que desplazaría el control del sistema local de asistencia de los hospitales y centros de salud a centros comunitarios especializados que organizarían y gestionarían el flujo de pacientes hacia los servicios de asistencia social;
3. dar prioridad a las camas hospitalarias de casos graves frente a las de larga estancia; y
4. el desarrollo de servicios residenciales e intermedios en la comunidad (compuestos por equipos clínicos multidisciplinares) para sustituir a los neuropsiquiatras en el sistema de asistencia local.

Esta reforma aportó importantes mejoras al sistema de salud mental en la España actual, aunque la brecha entre la atención sanitaria general y la atención a la salud mental sigue estando al descubierto. La crisis financiera de 2008 volvió a poner de manifiesto los problemas del sistema de salud mental (entre otros, la saturación de la atención primaria, el aumento de la prescripción de hipnóticos, sedantes y antidepresivos, el cierre de servicios sanitarios

y la falta de camas hospitalarias).⁸ Y, en la actualidad, con la pandemia de la COVID-19, la atención primaria se ha saturado más y ha aumentado la necesidad de más especialistas y más camas hospitalarias, especialmente para la población infantil y adolescente.

La pandemia de la COVID ha incrementado la incertidumbre, los temores y el estrés social en todo el mundo, incluida España. Este nuevo contexto de consecuencias desconocidas ha contribuido al recrudecimiento de los trastornos mentales latentes, especialmente desde el periodo de confinamiento.⁹ Aunque los datos hasta la fecha son heterogéneos, la edad más temprana, el sexo femenino y las condiciones de salud preexistentes se identificaron a menudo como factores de riesgo. En este contexto de empeoramiento de la salud mental, el estudio del suicidio como fenómeno fuertemente vinculado a las crisis sociales y económicas se ha convertido en una prioridad, ya que se prevé que la pandemia actual pueda tener un impacto significativo en las tasas actuales de mortalidad por suicidio.¹⁰

Aunque cada vez aparecen más estudios sobre el posible impacto de la pandemia en las tasas de suicidio en diferentes contextos internacionales, hasta la fecha los datos sobre mortalidad por suicidio son heterogéneos y no indican claramente un cambio en las tasas desde el inicio de la pandemia. Los datos de investigaciones recientes, si sugieren que existe un mayor riesgo de comportamiento suicida entre los jóvenes. Además, factores como el agotamiento (especialmente entre el personal sanitario), la soledad y un diagnóstico positivo de la COVID-19 parecen aumentar el riesgo de pensamientos suicidas.

En España se notificaron más de 3.900 casos de suicidio en 2022, alcanzando las tasas

de mortalidad por autolesión más altas de la historia del país. Sin embargo, aunque los datos disponibles muestran un aumento de los suicidios en comparación con años anteriores, se necesitan más datos para evaluar el impacto que la pandemia puede tener a medio y largo plazo. De hecho, estudios recientes indican que se produjo un aumento significativo de los suicidios justo después del confinamiento, pero la realidad muestra que la tendencia del aumento de los suicidios se venía produciendo desde hacía años, en concreto desde la crisis financiera de 2008.¹¹ En este sentido, necesitamos información adicional para comprender el impacto que la pandemia de la

COVID-19 puede haber tenido sobre los suicidios. Las siguientes secciones tratarán de arrojar algo de luz sobre esta cuestión analizando los datos españoles de la encuesta "Suicidio en Europa" realizada por Ifop para la Fundación Jean-Jaurès y la FEPS en mayo de 2022.¹²

Salud mental y suicidio

Según los datos de "Suicidio en Europa" para España (N=1005), el 40% de la población española declaró sentirse más deprimida desde la llegada de la COVID-19. De este porcentaje, el 10% estaba claramente más deprimido (Sí, absolutamente), mientras que el 30% restante declaró sentirse algo deprimido (Sí, algo). Los sentimientos de depresión eran más pronunciados en las mujeres (concretamente, el 47% de las mujeres frente al 33% de los hombres) y en los jóvenes menores de 35 años (el 54% de los jóvenes frente al 36% de los mayores). También se observa que los sentimientos de depresión son más pronunciados entre las mujeres jóvenes, y también entre las personas de nivel socioeconómico bajo.

En términos geográficos, el mayor impacto en los sentimientos de depresión se observó en

regiones periféricas como Galicia y Andalucía, pero también en la Comunidad de Madrid. En cuanto a la ideología política, no se observan diferencias claras, aunque sí en cuanto a la religión. Curiosamente, las personas religiosas parecen haber experimentado menos síntomas depresivos, lo que podría indicar que la religión puede ser un factor de protección en estos tiempos de incertidumbre relacionados con la pandemia de la COVID-19.

Aproximadamente dos de cada tres de los que declararon sentirse deprimidos afirmaron haber consumido drogas psicotrópicas (65%), conocer a personas de su familia que habían intentado suicidarse (63%), sufrir estrés (60%) o sufrir acoso en el trabajo (65%).

A la pregunta "¿toma medicación para relajarse o para dormir (antidepresivos, somníferos, ansiolíticos, tranquilizantes, reguladores del estado de ánimo, neurolépticos)?", el 9% de los encuestados españoles indicó que desde la crisis sanitaria tomaba medicación para relajarse o para dormir. Las mujeres mayores de 35 años eran las más propensas a tomar este tipo de medicación (29% de las mujeres frente al 17% de los hombres de la misma edad), aunque estas diferencias de género se reducían al considerar el contexto de la pandemia (11% de las mujeres frente al 7% de los hombres). Aunque, de nuevo, fueron las mujeres las más propensas a utilizar este tipo de medicación, las menores diferencias parecen indicar que la pandemia también ha tenido un impacto en la salud mental de los hombres. En relación con la sensación de síntomas depresivos mencionada en el apartado anterior, las personas de menor estatus socioeconómico (incluidos los desempleados) eran más propensas a tomar medicación para relajarse y dormir. También las personas que habían teletrabajado y, sobre todo, las que habían sufrido acoso sexual o moral en el contexto laboral.

Mientras que en 2016 el 19% de los españoles conocía a alguien que había intentado suicidarse, en 2022 este porcentaje se elevó al 23%. Para ese año, el 5% de los españoles tenía un familiar cercano (incluyendo padres, madres y hermanos) que había intentado suicidarse. Esta experiencia fue más frecuente entre las mujeres jóvenes menores de 35 años (38%), y las personas que percibían ingresos bajos (25%), tenían estudios superiores (27%), estaban en paro (37%), no eran religiosas (28%) y eran de ideología política de izquierdas (26%). Según los datos de la encuesta, en 2022, el 19% de los españoles se ha planteado quitarse la vida, una cifra relevante, aunque algo inferior a la de otros países europeos como Alemania (20%), Francia (24%), Polonia (24%), Irlanda (34%) o Suecia (25%). Durante el 2022, el 2% de los españoles declaró haber pensado a menudo en quitarse la vida. Fruto de la pandemia de la COVID-19, el número de personas que habían pensado seriamente en el suicidio había aumentado un 4%, pasando del 15% en 2016 al 19% en 2022. Este dato se reflejaba más claramente entre las mujeres jóvenes (28% de las mujeres menores de 35 años, frente al 14% de los hombres mayores de 35 años). La intención de suicidarse también se observa en mayor medida entre los trabajadores con ingresos bajos (que han alternado el teletrabajo con el trabajo presencial) y los desempleados, que se habían sentido más deprimidos desde el inicio de la pandemia y conocían a otras personas que habían intentado suicidarse.

En España, del 19% de las españolas que se habían planteado quitarse la vida, el 80% lo había pensado antes de la COVID-19, el 31% durante el confinamiento, y el 42% desde septiembre de 2021. Cuando comparamos los datos según el perfil sociodemográfico de los entrevistados, observamos que mientras antes de la crisis eran las mujeres jóvenes las que mostraban una mayor predisposición al suicidio (84% de las

mujeres menores de 35 años frente al 67% de los hombres de la misma edad), tras la crisis sanitaria son los hombres mayores los que muestran una mayor intención (53% de los hombres mayores de 35 años frente al 33% de las mujeres de la misma edad). Curiosamente, mientras que antes de la crisis eran los trabajadores (in situ) con bajos ingresos y menor nivel educativo los que tenían más probabilidades de pensar en el suicidio, tras el confinamiento el perfil cambia a teletrabajadores con altos ingresos y alto nivel educativo. En definitiva, esto sugiere que el teletrabajo (quizás a través del efecto indirecto del aislamiento social) puede haber tenido un impacto importante en la salud mental de los trabajadores altamente cualificados.

Del total de personas que habían pensado en suicidarse en España, el 22% había requerido hospitalización tras el intento de suicidio (un porcentaje inferior al de países como Francia o Polonia, donde llegaba al 30%). Entre los encuestados de este grupo, el 15% había sido hospitalizado una vez y el 7% varias veces. En este indicador no parecía haber diferencias estadísticamente significativas respecto a los resultados previos a la crisis sanitaria. De hecho, en 2016, el 24% de los españoles que habían considerado suicidarse requirieron hospitalización tras el intento de suicidio, por lo que se produjo una reducción de dos puntos en este indicador. El perfil sociodemográfico de la persona que acabó hospitalizada encajaría en mayor medida con varones mayores de 30 años, y entre las mujeres se dio con más frecuencia entre mujeres jóvenes que se habían sentido deprimidas con frecuencia. A nivel socioeconómico, el perfil más común sería el de personas con ingresos elevados, estatus ocupacional alto y nivel educativo alto. Sin embargo, también era más frecuente entre los desempleados.

Acceso a tratamiento y apoyo

Si nos centramos en la utilización de los servicios sanitarios, podemos observar que los psiquiatras y psicólogos son los profesionales sanitarios menos visitados en España (20%), datos que son relativamente similares a los europeos.

De los datos se desprende que en España el perfil del paciente de atención primaria no está claramente definido (aunque las mujeres mayores parecen tener una mayor frecuencia de uso del servicio que los hombres), lo que es una muestra de la propia universalidad del sistema sanitario. Es decir, teniendo en cuenta que cualquier paciente puede acceder libremente al sistema sanitario, no encontramos factores que marquen una gran diferencia en cuanto a posibles desigualdades económicas entre los usuarios. Sin embargo, en el caso de los demás servicios de atención especializada (dentistas, fisioterapeutas, osteópatas, ginecólogos y profesionales de la salud mental), el perfil de los usuarios está claramente definido por su perfil socioeconómico.

Centrándonos específicamente en el acceso y uso de los servicios de salud mental, en consonancia con la mayor prevalencia de problemas de salud mental entre las mujeres españolas, son también las mujeres las que más acuden a los servicios profesionales de psicología y psiquiatría, en particular las menores de 35 años. Durante este periodo de crisis sanitaria, el 37% de las mujeres menores de 35 años acudieron a los servicios de salud mental, frente al 20% de los hombres de la misma edad. Una vez más, muchos de los usuarios de los servicios de salud mental durante la pandemia eran personas con un alto nivel educativo y un estatus ocupacional elevado que se habían sentido deprimidas, lo que indica que, a diferencia de la crisis económica de 2008, el impacto de la crisis sanitaria ha sido más

fuerte en los grupos jóvenes (y principalmente femeninos) de estatus socioeconómico elevado, con empleos que sufren una combinación de trabajo en línea y presencial, así como en los jóvenes altamente cualificados que se han encontrado en paro durante este periodo.

Durante este periodo de crisis sanitaria, el 10% de la población española ha acudido a una entidad benéfica en busca de apoyo psicológico (el 11% de los hombres y el 20% de las mujeres menores de 35 años). En este grupo se encuentran las personas que se han sentido más deprimidas desde el inicio de la pandemia, las que tienen ingresos bajos (que han teletrabajado), las que tienen un nivel de estudios alto y las que están en paro. En resumen, existen brechas en la atención sanitaria que probablemente se hayan ampliado durante estos dos años de crisis sociosanitaria durante la pandemia de la COVID-19.

Desigualdades sociales en salud mental y suicidio

En cuanto al nivel socioeconómico, se observa que las personas que trabajan en labores más manuales (46%) y las que tienen menos ingresos (46% con menos de 1.500 euros) o están en paro (54%) son las que declaran más sentimientos de depresión, mientras que por nivel educativo se observa que son las personas con mayor nivel educativo las que tienen más probabilidades de haberse sentido deprimidas (44% y 41% en los niveles 1 y 2, respectivamente). Esta relación podría parecer contradictoria en un principio, ya que cabría esperar que la relación entre la educación y los sentimientos de depresión fuera inversa (es decir, que las personas con un mayor nivel educativo experimentaran menos depresión). Sin embargo, dado que la pandemia puede haber tenido un impacto más negativo en la salud mental de los jóvenes, es lógico que sean los que tienen más estudios (que por

término medio suelen ser más jóvenes) los que hayan experimentado mayores sentimientos de depresión.

Del 63% de las personas entrevistadas que desarrollan alguna actividad profesional en España, el 39% experimentó estrés, el 33% experimentó el síndrome de burnout, el 8% experimentó acoso moral y el 2% experimentó acoso sexual. Estas experiencias de ansiedad en el entorno laboral fueron más frecuentes entre las mujeres jóvenes, los desempleados y las personas con estudios superiores de mayor y menor renta. Es decir, personas que podrían experimentar estrés debido a sus bajos ingresos, y personas con ingresos más elevados que podrían experimentar estrés debido a su mayor responsabilidad o a la incertidumbre sobre posibles cambios en su estatus social. En los últimos dos años, uno de cada tres individuos que ejercían una actividad profesional durante los dos primeros años de la pandemia en España ha alternado el teletrabajo con su lugar de trabajo habitual. Como era de esperar, el teletrabajo ha sido más frecuente entre los trabajadores más cualificados y con mayores ingresos, es decir, los que desempeñan ocupaciones no manuales. El 32% de la población activa española ha experimentado el desempleo en los últimos dos años. Por lo general, en este grupo encontraríamos a mujeres y hombres jóvenes, con estudios superiores y con bajos ingresos.

Este resultado indica que las clases trabajadoras en España podrían haber sufrido en mayor medida el impacto de la pandemia y las desigualdades sociales en salud asociadas, incluidos los grupos más jóvenes que todavía están intentando acceder y encajar en el mercado laboral español. Es decir, mientras que los grupos mejor empleados y con mayores ingresos han podido aprovechar las ventajas del teletrabajo y el colchón de sus ahorros durante el

periodo de confinamiento, las clases más bajas (es decir, los trabajadores manuales) han tenido que exponerse a mayores riesgos de enfermedad al verse obligados a ir a trabajar para subsistir y mantener sus respectivos estilos de vida durante este periodo de crisis sociosanitaria. Estos problemas también explican por qué los grupos con un estatus socioeconómico bajo son los que han tenido que tomar más medicamentos para relajarse y dormir.

Cuando nos centramos en los datos sobre predisposición al suicidio, también observamos que eran los trabajadores con bajos ingresos (y en particular los que han alternado el teletrabajo con el trabajo presencial) y los desempleados los que mostraban una mayor intención de suicidarse. Este resultado (con respecto a las posibles desigualdades sociales en relación con la salud mental y el suicidio) quizás era de esperar durante la crisis sanitaria, porque ya se había producido durante la crisis financiera de 2008. Sin embargo, mientras que antes de la pandemia eran los trabajadores (presenciales) con bajos ingresos y menor nivel educativo los más propensos a pensar en el suicidio, tras el confinamiento fueron los teletrabajadores con altos ingresos y mayor nivel educativo los más propensos. Estos nuevos datos sugieren que el teletrabajo puede haber tenido un impacto significativo en la salud mental de los trabajadores altamente cualificados, que puede estar claramente relacionado con el efecto indirecto del aislamiento social durante este periodo. Esto puede verse agravado a menudo por las cargas familiares (por ejemplo, la supervisión de la educación de los hijos, el cuidado de poblaciones frágiles como los ancianos y otras personas dependientes).

También llama la atención que, además de los parados, fueran las personas de estatus socioeconómico alto (las que tienen ingresos

elevados y un estatus ocupacional y educativo alto) las que tuvieron que ser hospitalizadas por intentos de suicidio en mayor medida. Aunque tampoco tenemos más información que ofrecer al respecto, estos datos proporcionan pruebas de que la actual crisis sanitaria y, en particular, el periodo de confinamiento ha tenido sus propias peculiaridades. En este sentido, si bien cabe esperar que los futuros suicidios estén asociados a los cambios económicos que la pandemia ha provocado indirectamente (por ejemplo, despidos laborales, recesión económica y cambios en los patrones de consumo), también es probable que aparezcan otros relacionados con la perturbación de los nuevos estilos de vida y las nuevas formas de trabajo, unidos al ritmo frenético y la hiperconexión del trabajo en línea.

Recomendaciones para la prevención del suicidio

Aunque quizá sea todavía demasiado pronto para medir los efectos que la pandemia de la COVID-19 tendrá sobre la salud física y mental de la población española y, en particular, sobre las futuras tasas de suicidio (ya que, de hecho, gran parte de los efectos todavía se están experimentando y, en ocasiones, exacerbado por la guerra de Ucrania), la evidencia actual muestra que la crisis sanitaria ha tenido un impacto importante sobre: 1) la población joven; 2) las mujeres; y 3) los grupos situados en los extremos de la escala socioeconómica, es decir, las clases baja y alta.

Durante este periodo de crisis sanitaria, los jóvenes pueden haber vivido momentos de incertidumbre que podrían afectar a su desarrollo en la edad adulta. Los adolescentes no han podido salir, mientras que los jóvenes adultos han visto aplazados y/o ralentizados sus procesos formativos. Los estudiantes universitarios han tenido que volver a casa en

muchos casos, pasando a la enseñanza online, que, aunque les ha permitido continuar con sus estudios ha roto el contacto con sus compañeros y profesores, relaciones fundamentales para su futuro desarrollo personal y profesional. Como se ha observado, las mujeres pueden haber experimentado un mayor impacto a medida que han aumentado las desigualdades sociales en materia de salud. Las mujeres han sido a la vez trabajadoras y cuidadoras, ocupándose del hogar (niños y ancianos) además de tener que actuar como improvisadas agentes sanitarias y docentes en el ámbito familiar, ocupándose de la salud y educación de todos los miembros del hogar. Por último, como en anteriores crisis económicas, la pandemia ha afectado a las personas de menor estatus socioeconómico, y también ha tenido un gran impacto en los profesionales de clase media-alta que han visto modificado su estilo de vida.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, son necesarias cinco áreas de actuación para mejorar la prevención del suicidio en estos grupos de riesgo:

1. Desarrollo de servicios especializados para adolescentes y adultos jóvenes.
2. Ayudas a la conciliación familiar dirigidas a aliviar la carga de trabajo de las mujeres.
3. Reducción de impuestos o bonos sociales para personas con problemas económicos.
4. Desarrollo de nuevos estudios que permitan una adecuada evaluación del impacto del teletrabajo en los distintos sectores de actividad y alimenten las políticas de seguridad y salud laboral.
5. Atención psicológica especializada para personas que han tenido experiencias de suicidio.

Bibliografía

- 1 In Spanish, Sistema Nacional de Salud. For more information visit the link provided by the Spanish Ministry of Health: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/home.htm>
- 2 L. Salvador-Carulla, N. Almeda, J. Alvarez-Galvez, et al. (2020) "On the roller coaster: an abridged history of mental health planning in Spain. The SESPAS 2002 Report"
- 3 E. Bernal-Delgado, S. García-Armesto, J. Oliva, et al (2018). "Spain: health system review".
- 4 J. Alvarez-Galvez, A. Salinas-Perez, M. L. Rodero-Cosano, and L. Salvador-Carulla (2017) "Methodological barriers to studying the association between the economic crisis and suicide in Spain". BMC Public Health, 17(1), 1-10.
- 5 E. Bernal-Delgado, S. García-Armesto, J. Oliva, et al (2018). "Spain: health system review".
- 6 L. Salvador-Carulla, N. Almeda, J. Alvarez-Galvez, et al (2020) "On the roller coaster".
- 7 L. Salvador-Carulla, A. Bulbena, J. L. Vázquez-Barquero, et al (2002) "La salud mental en España: Centicenta en el País de las Maravillas". Informe SESPAS: 301-326.
- 8 J. Alvarez-Galvez, V. Suarez-Lledo, G. Martinez-Cousinou, et al (2019). "The impact of financial crisis and austerity policies in Andalusia, Spain: Disentangling the mechanisms of social inequalities in health through the perceptions and experiences of experts and the general population". International Journal for Equity in Health, 18(1): 1-12.
- 9 A. T. Gloster, D. Lamnissos, J. Lubenko, et al (2020) "Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study". PloS One, 15(12): e0244809.
- 10 World Health Organization (2022) "Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia". Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
- 11 J. Alvarez-Galvez, V. Suarez-Lledo, G. Martinez-Cousinou, et al (2019). "The impact of financial crisis and austerity policies in Andalusia, Spain".
- 12 The representativeness of each sample was assured by the quota method (gender, age, income or socio-professional class) after stratification by region. The interviews were conducted online (CAWI – Computer Assisted Web Interviewing) from 3 to 17 May 2022.

Sobre el autor



JAVIER ÁLVAREZ-GÁLVEZ

Javier Álvarez-Gálvez es Doctor por la Universidad Complutense de Madrid. Es Investigador Principal (Ramón y Cajal) en el Departamento de Biomedicina, Biotecnología y Salud Pública de la Universidad de Cádiz, donde imparte clases de bioestadística, métodos cuantitativos, análisis multivariante de datos y salud pública. Sus principales intereses de investigación están relacionados con la ciencia de datos sociales y de salud, metodología de la investigación, sistemas sociales y de salud, determinantes sociales de la salud, desigualdades sociales en salud (mental) y suicidio, comportamientos de salud y sociología de la salud. Actualmente dirige el proyecto DEMMOCAD, centrado en el estudio de las desigualdades sociales en la multimorbilidad, y el proyecto DCODES, cuyo objetivo es el estudio de la desinformación sanitaria en los medios sociales.

Sobre FEPS

La Fundación Europea de Estudios Progresistas (FEPS) es el grupo de reflexión de la familia política progresista a escala de la UE. Su misión es desarrollar investigación innovadora, asesoramiento político, formación y debates para inspirar e informar la política y las políticas progresistas en toda Europa.

La FEPS trabaja en estrecha colaboración con sus 68 miembros y otros socios, incluidas universidades de renombre, académicos, responsables políticos y activistas, forjando conexiones entre las partes interesadas del mundo de la política, el mundo académico y la sociedad civil a nivel local, regional, nacional, europeo y mundial.

European Political Foundation - N° 4 BE 896.230.213 | Avenue des Arts 46 1000 Bruselas (Bélgica)
www.feps-europe.eu | Twitter/Instagram: @FEPS_Europe | Facebook: @FEPSEurope

Cover photo: Shutterstock

ANEXO. EL SUICIDIO EN ESPAÑA

INTRODUCCIÓN

La OMS define el suicidio como “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” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012)

El suicidio y sus condicionantes siempre generan un gran interés tanto en la comunidad científica sanitaria como en la sociedad si bien es una de las causas de mortalidad más importantes en todas las franjas de edad y que ha evolucionado de manera muy llamativa en las últimas décadas siendo objeto de multitud de ensayos y revisiones. Al igual que otras entidades psicopatológicas, el suicidio presenta una importante patoplastia, es decir, es siendo muy sensible a los cambios y condicionantes sociales.

Deberemos entonces diferenciar entre la evolución de las conductas suicidas y el suicidio consumado, el periodo previo a la aparición del COVID y el periodo posterior. Así mismo nos detendremos en los efectos que la pandemia y las medidas socio-sanitarias para su contención han tenido sobre nuestro sistema social, educacional, emocional y relacional. Igual que los cambios producidos en los factores de protección social de la población general, que han alterado la incidencia, así como evidenciando la capacidad de reacción y contención de las estructuras socio-sanitarias.

La definición de suicidio utilizada por la OMS ha evolucionado notablemente hasta la actualidad incorporando distintas consideraciones y conductas que acompañan al acto suicida y que debemos valorar integrándolas en dicho concepto (suicidio consumado, tentativa o intento de suicidio, amenaza de suicidio y la presencia de ideación suicida), añadiendo en los últimos años por su irrupción en la clínica con una gran incidencia, las autolesiones. Éstas deben ser consideradas la quinta dimensión del constructo autolítico.

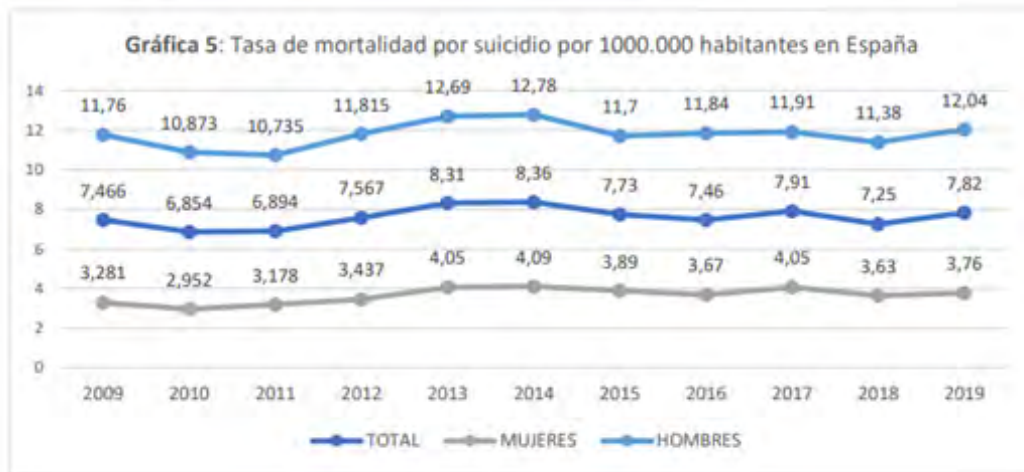
En relación al método más utilizado para consumir el acto suicida, encontramos diferencias en los distintos rangos de edad, aunque en números totales el ahorcamiento es el más común en España. Al respecto del género, los hombres utilizan más el ahorcamiento, la precipitación y las armas de fuego (por este orden); las mujeres, la precipitación, el ahorcamiento y el envenenamiento.

Durante este artículo revisaremos la evolución de la conducta suicida en los últimos años, poniendo especial atención en las poblaciones más vulnerables, niños y adolescentes, siendo esta franja de edad la que mayor aumento ha presentado.

EPIDEMIOLOGÍA

El suicidio es la principal causa externa de muerte en España. A pesar de la evolución en las últimas décadas, España continúa siendo uno de los países con la incidencia más baja de suicidios consumados en Europa. La evolución de los suicidios en adultos en los últimos años se ha mantenido estable hasta el año 2019, previo al inicio de la pandemia. Si evaluamos su comportamiento desde el inicio de la década de los años 2010, observamos una elevación desde el año 2011 hasta el 2014, manteniéndose estable desde al año 2015 hasta el 2019. La proporción de los varones que cometen suicidio comparándolo con la de las mujeres tampoco ha sufrido variación en dicho periodo, manteniendo una relación de 3 varones por cada mujer que comete un suicidio consumado.

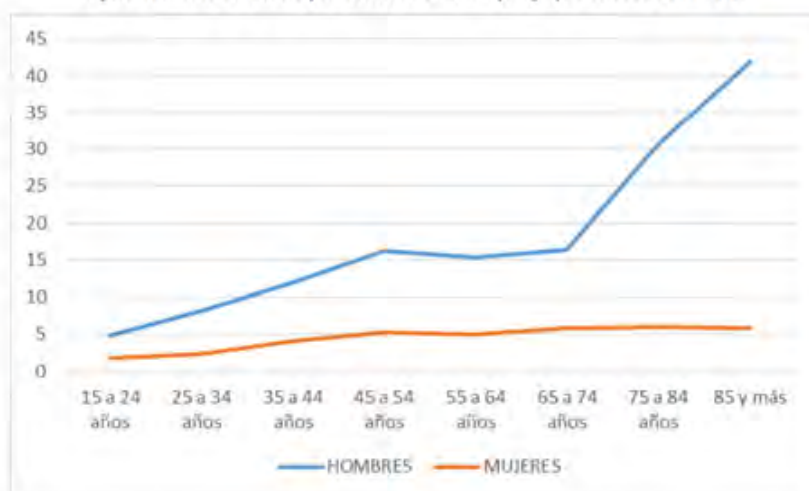
Tabla 2 - Tasa de mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes) en España.



MOMPEL, Ana Belén Segurana. Estudio epidemiológico del suicidio en Aragón en 2020. Zaragoza, 2021.

En cuanto a los rangos de edad, la mayor incidencia se produce en las franjas entre los 40 y 49 años, y la de los 50 a los 59 años. En la franja que ocupa de los 15 a los 29 años, el suicidio es la segunda causa de muerte, superada únicamente por los procesos oncológicos, siendo la principal causa de muerte en varones entre los 20 a los 24 años. La evolución del suicidio por rangos de edad varía a lo largo de la vida, aumentando de nuevo en las últimas franjas de edad, entre los 70 y los 79 años, y se eleva en ambos sexos, llegando incluso a triplicarse si lo comparamos con edades más tempranas. El aumento en varones es incluso mayor.

Figura 10. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes por grupos de edad 2011-2015



PADRÓN-MONEDERO, Alicia; FERNÁNDEZ-CUENCA, Rafael. Mortalidad por suicidio. *CN Epidemiología, Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica* (págs. 121-137). Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2018.

SUICIDIO Y PANDEMIA

Al igual que en otros periodos históricos en los que la sociedad se ha visto afectada por enfermedades globales que han acabado en pandemia, como la gripe española acontecida en los años 1918 y 1919, o el SARS (Síndrome Respiratorio Agudo Grave), que, si bien no generó un efecto global pandémico, sí que la ciudad de Hong Kong sufrió restricciones que afectaron a la población general. En ambos periodos se observaron tendencias al alza en las conductas suicidas, así como un efecto en la salud mental de la población general traducido en distintas afecciones del espectro afectivo.

Si hacemos una revisión de los estudios publicados al respecto de cómo ha afectado a la salud mental el COVID, en un espacio de tiempo breve y próximo a las medidas sociosanitarias para la contención de la misma, observaremos resultados dispares en multiplicidad de estudios en distintos países.

Si bien, en el momento actual y tras un periodo lo suficientemente dilatado, estamos evidenciando claramente los efectos que esta alteración global ha tenido sobre la sociedad, y en especial sobre la salud mental de las personas.

En España, las medidas se iniciaron el 14 de marzo del año 2020, fueron medidas estrictas iniciadas tras la irrupción de la primera ola, y que afectaron a la totalidad de la sociedad. Se interrumpieron todo tipo de actividades comerciales y sociales, manteniendo únicamente los comercios de primera necesidad, al igual que las actividades laborales consideradas esenciales. Este confinamiento se prolongó hasta el 28 de abril del 2020, en el que se inició una progresiva apertura, en distintas fases (un total de 13), hasta alcanzar lo que se denominó “nueva normalidad”.

Una vez finalizado el confinamiento y ya en la nueva situación, las restricciones sociales continúan estando vigentes modificando llamativamente el comportamiento de las personas, tanto en sus momentos de ocio, laborales, como en la manera de relacionarse y de interactuar. Dicho periodo se caracterizó por la incertidumbre y las distintas reactivaciones del virus en las llamadas olas posteriores, que generaban nuevas restricciones y pérdidas de los logros alcanzados, con el consiguiente efecto sobre la estabilidad emocional de la población.

Existen distintos estudios que evalúan los efectos sobre la salud mental de la población general, así como evidencian las preocupaciones que aquellos momentos de incertidumbre producían evidenciándose en las búsquedas de internet al respecto producidas en dichos periodos.

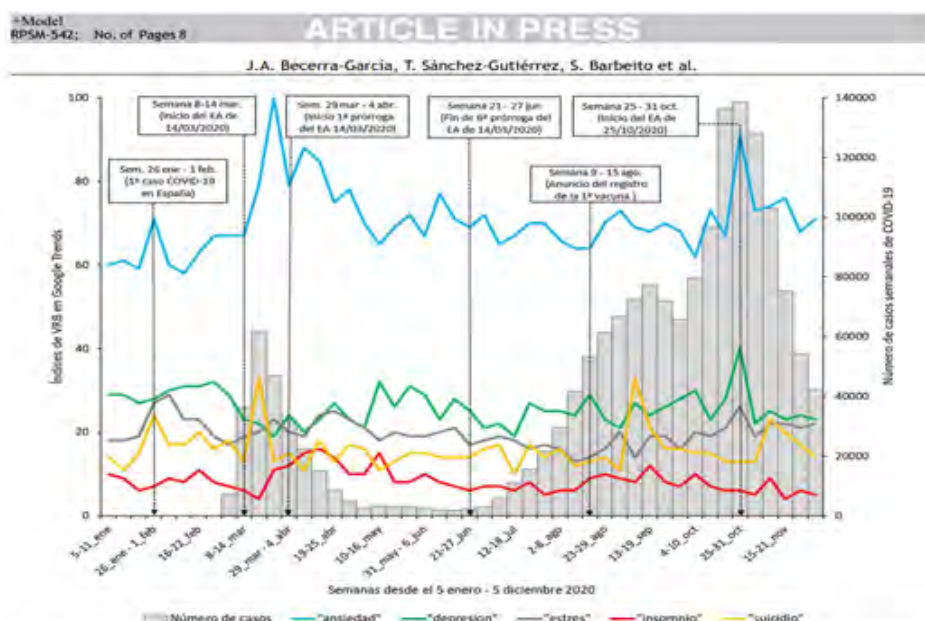


Figura 1. Índices del volumen relativo de búsqueda (VRB) para los términos «ansiedad», «depresión», «estres», «insomnio» y «suicidio»; junto con el número de nuevos casos semanales de COVID-19 en España del 5 de enero-5 de diciembre de 2020. Las flechas de líneas discontinuas y los cuadros de texto indican la semana en la que ocurren diferentes hitos de relevancia relacionados con la pandemia de COVID-19 y la puesta en marcha de medidas para su control en España. EA: estado de alarma.

Becerra-García, J. A., Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito, S., & Calvo, A. (2021). COVID-19 pandemic and mental health in Spain: An analysis of their relationship using Google Trends. *Pandemia por COVID-19 y salud mental en España: un análisis de su relación utilizando Google Trends. Revista de psiquiatría y salud mental*, S1888-9891(21)00056-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.05.001>

Así mismo el cambio en el estilo de vida, el consumo de alcohol, la alteración del mercado laboral y sus consecuencias económicas, se ha traducido en una elevación llamativa de las necesidades de la población general de atención en la salud mental, con una elevación llamativa de los casos de bajo ánimo, ansiedad, insomnio e ideación de contenido tanático.

Esta tendencia se ha evidenciado en los nuevos estudios publicados desde el 2021 en los que la elevación de las conductas suicidas (en las que se incluye la ideación y las amenazas) es patente tanto en las asistencias en los servicios de urgencias como en las consultas externas.

En la siguiente gráfica, perteneciente a un estudio realizado en Barcelona⁽¹⁾, en el que se comparan dos periodos, desde el 2018 al inicio de la pandemia, y desde el 2020 hasta el 20 de junio de 2021, haciendo referencia a los casos registrados en consulta de atenciones por ideación o intentos de suicidio. Observamos un aumento de aproximadamente 43,20% en la incidencia mensual durante los meses de pandemia comparándolo con el periodo anteriormente descrito.

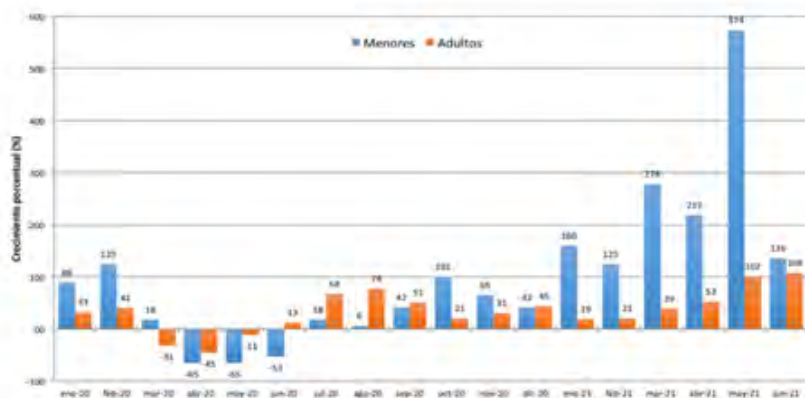


Figura 4 Crecimiento porcentual de la incidencia mensual de los episodios registrados en el Código Riesgo Suicidio en relación con la media del periodo 2018-2019.

(1) Jerónimo, M. Á., Piñar, S., Samos, P., González, A. M., Bellsolà, M., Sabaté, A., ... & Córcoles, D. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

Es reseñable, que el mayor aumento se ha producido en la franja de edad correspondiente a los menores de 18 años. presentando un incremento del 573.8% en el 2021⁽¹⁾.

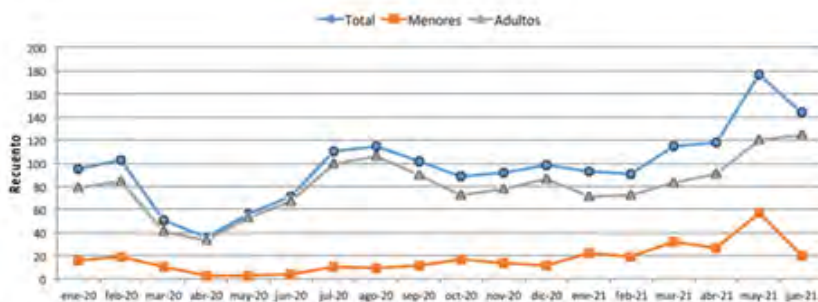


Figura 1 Número de casos de Código Riesgo Suicidio registrados cada mes desde enero de 2020 hasta junio de 2021 (n = 1.756).

3

(1) Jerónimo, M. Á., Piñar, S., Samos, P., González, A. M., Bellsolà, M., Sabaté, A., ... & Córcoles, D. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.

Es inevitable asociar el incremento de las cifras de suicidio con el concepto de sindemia, generado por la COVID-19 (Clay, 2020; Organización Panamericana de la Salud y OMS, 2020), entendiendo por sindemia la interacción que se produce entre las consecuencias de una enfermedad sobre una población y sus circunstancias políticas económicas y sociales en un espacio de tiempo.

Los factores de protección que brinda un estado de bienestar son fundamentales para evitar y contener las conductas suicidas y evitar que se conviertan en un problema sanitario y social. Durante el periodo postpandémico (en el actualmente nos encontramos) el acceso a la salud mental, la dotación de profesionales y la disponibilidad de medios, serán uno de los factores principales a valorar como indicadores de calidad en una sociedad, al igual que las medidas de protección social en cuanto a las condiciones laborales y las ayudas socioeconómicas a las clases más vulnerables.

Además de las necesidades básicas de salud requeridas para afrontar la pandemia en sus primeras manifestaciones, los efectos sobre la estabilidad y salud mental de la población han sido muy importantes, generando una gran demanda sobre el sistema sanitario y evidenciando la fragilidad existente. España es uno de los países de la unión europea con una menor ratio de profesionales (psiquiatras y psicólogos) por habitante, traduciendo una falta de consideración ante los problemas de salud mental de larga data, así como una ausencia de previsión al respecto de dichos casos. Según la OMS al menos una de cada cuatro personas padece o padecerá un trastorno de salud mental, y que en el año 2030 las enfermedades mentales serán la primera causa de discapacidad. Estas previsiones fueron realizadas previamente a la aparición del COVID, habrá probablemente que replantear dichas afirmaciones ante los evidentes efectos que la pandemia ha generado.

Sabemos que para afrontar esta situación el primer paso es poder asegurar el acceso a los servicios de salud mental. Debemos entonces replantear los planes de salud para dotar a las estructuras sanitarias de un número de profesionales adecuados para asegurar un correcto tratamiento. El porcentaje medio de psicólogos en la Unión Europea se sitúa en 38 por cada 100.000 habitantes, según el informe de la Organización Mundial de la Salud denominado Mental Health Atlas actualizado con datos del 2017 (ver Tabla).



*<https://isanidad.com/197370/espana-pais-menos-sanitarios-salud-mental-europa-solo-delante-bulgaria/>

En la siguiente tabla (EUROSTAT) se refleja en número de psiquiatras por 100.000 habitantes en la EU.

The screenshot shows the Eurostat table 'Physicians by medical speciality'. The table is filtered for 'Psychiatrists' and 'Number of physicians per 100,000 inhabitants'. The data is presented in a grid format with columns for years (2011-2020) and rows for countries. The values represent the number of psychiatrists per 100,000 inhabitants.

Country	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bulgaria	30.54	17.02	17.02	17.02	17.02	17.02	17.02	17.02	17.02	17.02
Hungary	30.40	9.81	10.41	10.13	9.82	9.99	10.25	10.21	10.36	10.36
Cyprus	14.17	14.68	14.39	-	-	-	-	-	-	15.89
Denmark	17.52	18.80	18.84	18.86	18.58	18.58	18.22	18.81	-	-
Germany (incl. 1990 former territories)	26.40	26.50	26.64	26.89	27.28	27.21	27.24	27.63	27.71	-
Estonia	13.79	13.76	17.00	18.17	18.47	18.29	18.40	18.04	18.47	-
Ireland	19.49	19.28	19.36	19.19	19.11	17.49	18.18	18.56	18.13	-
Greece	16.81	15.27	17.41	16.49	17.08	17.96	18.46	18.78	18.20	-
Spain	11.07	10.24	10.27	10.27	10.47	10.46	10.54	10.71	10.84	-
France	21.40	21.17	20.36	20.46	20.89	20.71	20.78	20.78	20.86	-
Croatia	14.48	14.82	14.97	15.11	15.49	15.81	16.10	16.26	16.79	-
Italy	18.58	17.88	18.10	18.80	17.91	17.91	17.46	17.88	17.58	-
Cyprus	-	-	-	10.32	11.21	11.74	11.52	11.81	12.41	-
Lithuania	15.97	15.91	16.35	16.40	16.88	16.81	14.47	16.81	16.88	-
Malta	14.40	14.43	14.81	14.83	14.84	14.76	14.72	14.81	14.86	-
Luxembourg	30.08	30.53	30.80	31.29	31.47	31.11	31.48	-	-	-
Netherlands	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Norway	6.23	6.43	6.45	6.40	6.31	6.46	6.60	6.69	6.81	-
Portugal	10.76	11.54	12.17	12.79	13.18	13.28	13.68	14.01	13.84	-
Slovenia	14.52	14.81	14.83	17.14	17.62	18.01	18.01	17.88	18.14	-
Poland	9.16	9.41	9.78	9.43	9.11	9.12	9.15	-	-	-

* <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-manuals-and-guidelines/-/ks-gq-20-011>

EL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL

En situaciones de estrés social las poblaciones más vulnerables serán también las más afectadas por los problemas de salud mental. La alteración en el modo de vida, las actividades de ocio, las normas en los centros escolares, las dificultades económicas que muchas familias han tenido que afrontar, así como el fallecimiento o las secuelas del COVID en los miembros de un núcleo familiar, son importantes factores estresantes que generan situaciones conflictivas a las que la población infanto-juvenil se ha tenido que enfrentar, con el consiguiente desgaste emocional. El crecimiento que se ha producido en la incidencia de conductas suicidas en menores de edad es llamativo, produciéndose además una disminución en la edad media de aparición en el periodo posterior al confinamiento. Según series, se ha llegado a evidenciar un crecimiento de hasta un 27.3% en población menor de edad con un aumento específico para la franja de edad de menores de 12 años de hasta un 23%. Así mismo objetivamos una disminución de la edad media de aparición de dichas conductas de un 14.22 en el periodo preconfinamiento a una edad media de 13,83⁽²⁾. Encontramos distintos estudios que señalan como factores de riesgo el aumento del uso de pantallas, así como la hiperexposición a las redes sociales. Independientemente el aislamiento y la sociedad generados por las medidas de contención de la pandemia en estas franjas de edad pueden aumentar la incidencia de alteraciones afectivas entre los jóvenes⁽³⁾.

(2) Incremento del comportamiento suicida en la unidad de hospitalización psiquiátrica breve de niños y adolescentes durante los años 2018 a 2021. Investigador principal: Natalia Rodríguez Criado (FEA Hospital Infantil Universitario Niño Jesús). Jefa de Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente Hospital Infantil Universitario Niño Jesús: Montserrat Graell Berna

(3) Cañón Buitrago, Sandra Constanza, & Carmona Parra, Jaime Alberto. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397. Epub 00 de julio de 2019. Recuperado en 26 de junio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014&lng=es&tlng=es.

CONCLUSIONES

El suicidio es en España un problema de salud pública de primer orden tanto por su incidencia como por las consecuencias que produce.

Debemos entender la conducta suicida como un continuo, iniciando la autolesión no suicida (más frecuente en edad adolescente) y continuando progresivamente con la ideación, el intento y por último el suicidio consumado.

Debemos de establecer e identificar factores de riesgo individuales, sociales y familiares, actuando éstos como multiplicadores de la posibilidad de presentar conductas autolíticas.

El abordaje terapéutico de la conducta suicida debe de ser lo más precoz posible englobando no solo al individuo sino también a su entorno familiar.

Las acciones preventivas deben de estar orientadas en disminuir el riesgo de presentar conductas suicidas en poblaciones vulnerables promoviendo el bienestar social y reforzando los factores protectores de la sociedad del bienestar. Deben de ser acciones coordinadas que engloben esferas institucionales, profesionales, y medios de comunicación para que su efecto sea el más amplio posible.

Existe por ende una imperiosa necesidad de estructurar planes de salud a nivel nacional y comunitario coordinados, en la que la dotación de profesionales sea la adecuada para asegurar el acceso de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. CIS: Estudio nº 3312. Febrero 2021. ENCUESTA SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS/AS ESPAÑOLES/AS DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19.
2. INEbase [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [citado 2 Febr 2021]. Defunciones según la causa de muerte [Suicidios, resultados nacionales, suicidios por edad y sexo, todas las edades]. Año 2009-2018. Disponible en: tinyurl.com/1b0astoz
3. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Observatorio del Suicidio [Internet]. Madrid: FSME; 2014 [actualizada 2018; acceso 8 enero 2021]. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>.
4. PADRÓN-MONEDERO, Alicia; FERNÁNDEZ-CUENCA, Rafael. Mortalidad por suicidio. *CN Epidemiología, Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica* (págs. 121-137). Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2018.
5. Miranda-Mendizabal, Andrea, Recoder, Silvia, Calbo Sebastian, Ester, Casajuana Closas, Marc, Leiva Ureña, David, Manolov, Rumen, Matilla Santander, Nuria, Forero, Carlos G, & Castellví, Pere. (2022). Socio-economic and psychological impact of COVID-19 pandemic in a Spanish cohort BIOVAL-D-COVID-19 study protocol. *Gaceta Sanitaria*, 36(1), 70-73. Epub 11 de abril de 2022. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.003>
6. Becerra-García, J. A., Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito, S., & Calvo, A. (2021). COVID-19 pandemic and mental health in Spain: An analysis of their relationship using Google Trends. *Pandemia por COVID-19 y salud mental en España: un análisis de su relación utilizando Google Trends. Revista de psiquiatría y salud mental*, S1888-9891(21)00056-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.05.001>
7. Robles-Sánchez, JI. (2021). Salud Mental en tiempos de pandemia: la pandemia paralela. *Sanidad Militar*, 77(2), 69-72. Epub 13 de septiembre de 2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s1887-85712021000200001>
8. Pedreira, J. L. (2020). Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista De Psicopatología Y Psicología Clínica*, 24(3), 217–237. <https://doi.org/10.5944/rppc.26280>
9. Urdiales Claros, Rafael, & Sánchez Álvarez, Nicolás. (2021). Depressive symptoms and suicidal ideation as a result of the COVID-19 pandemic. *Escritos de Psicología (Internet)*, 14(2), 134-144. Epub 23 de mayo de 2022. <https://dx.doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.12901>
10. Castillo Patton, A. E. (2022). 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*, (28), 6–26. <https://doi.org/10.24965/gapp.i28.10956>
11. Cañón Buitrago, Sandra Constanza, & Carmona Parra, Jaime Alberto. (2018). Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*, 20(80), 387-397. Epub 00 de julio de 2019. Recuperado en 26 de junio de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-6322018000400014&lng=es&tlng=es.

Sobre el autor



Carlos González Navajas

Dr. Carlos González Navajas está Licenciado en Medicina por la UCM. Especializado en Psiquiatría, Psiquiatría Infanto-Juvenil y Geriatria.

Ha realizado la especialidad de Geriatria en el Hospital Universitario de Guadalajara y Psiquiatría en el Complejo Hospitalario de Toledo (España). Ha realizado estancias en psicogeriatría y cuidados paliativos en el Mount Sinai Hospital (NYU) así como en el Roberto Clemente Family Guidance Center - Gouverneur Hospital- (Universidad de NY (NYU) en Psicoterapia familiar sistémica y Psiquiatría Trans-cultural.

Actualmente desarrolla su labor como coordinador de la planta de Psiquiatría Sala Santiago del Hospital Universitario del Niño Jesús, y como director Médico del Centro Citema (especializado en Trastornos de la Conducta Alimentaria) en Madrid.

FEPS
FOUNDATION FOR EUROPEAN
PROGRESSIVE STUDIES



THE FOUNDATION FOR EUROPEAN PROGRESSIVE STUDIES (FEPS)

Fundación Política Europea - N° 4 BE 896.230.213
Avenue des Arts 46 1000 Bruselas (Bélgica)
www.feps-europe.eu
@FEPS_Europe

Fondation
Jean Jaurès

FONDATION JEAN JAURÈS

12 Cité Malesherbes,
75009 París
Francia
www.jean-jaures.org
@j_jaures

FUNDACIÓN
PABLO IGLESIAS

FUNDACIÓN PABLO IGLESIAS

Calle Quintana 1, 28008 Madrid. España
www.fpabloiglesias.es
@fpabloiglesias



Este informe se ha elaborado con el apoyo financiero del Parlamento Europeo. No representa la opinión del Parlamento Europeo.