

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DURANTE Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA DE COVID-19
RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA

Translated by Dr Silvia Pelaez, Uruguay, Past President of the ASULAC.

En Representación de la Asociación Mundial de Psiquiatría --- Sección Suicidología
Profesora de Psiquiatría Danuta Wasserman, Doctora en Medicina, Instituto Karolinska,
Estocolmo, Suecia y Directora del Centro Asesor de la OMS-

La pandemia del COVID-19 influye tanto en la salud mental como en la física, la economía, así como la vida social en todos los continentes. El suicidio es un asunto de interés internacional con aproximadamente 800.000 personas muriendo al año por esta causa, sabemos que estas cifras son fruto del subregistro. Se ha previamente visto que durante los tiempos de crisis las cifras pueden momentáneamente descender, pero cuando la crisis pasó inmediatamente las tasas del suicidio se incrementan. El suicidio sucede cuando un desbalance aparece entre los factores de riesgo y los protectores sobre el individuo, la comunidad y los niveles sociales .

Con la finalidad de combatir el probable ascenso del suicidio durante la pandemia del COVID-19 deben fortalecerse métodos preventivos basados en la evidencia.

Por lo tanto, en este informe es dado un análisis de como la pandemia afecta a los factores de riesgo y de protección del suicidio y se ofrecen recomendaciones para apropiadas medidas basadas en la evidencia dirigidas a profesionales, prestadores de salud, políticos y gobiernos

También brindamos visión global de las tasas de suicidio en cada país de las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud.

Introducción

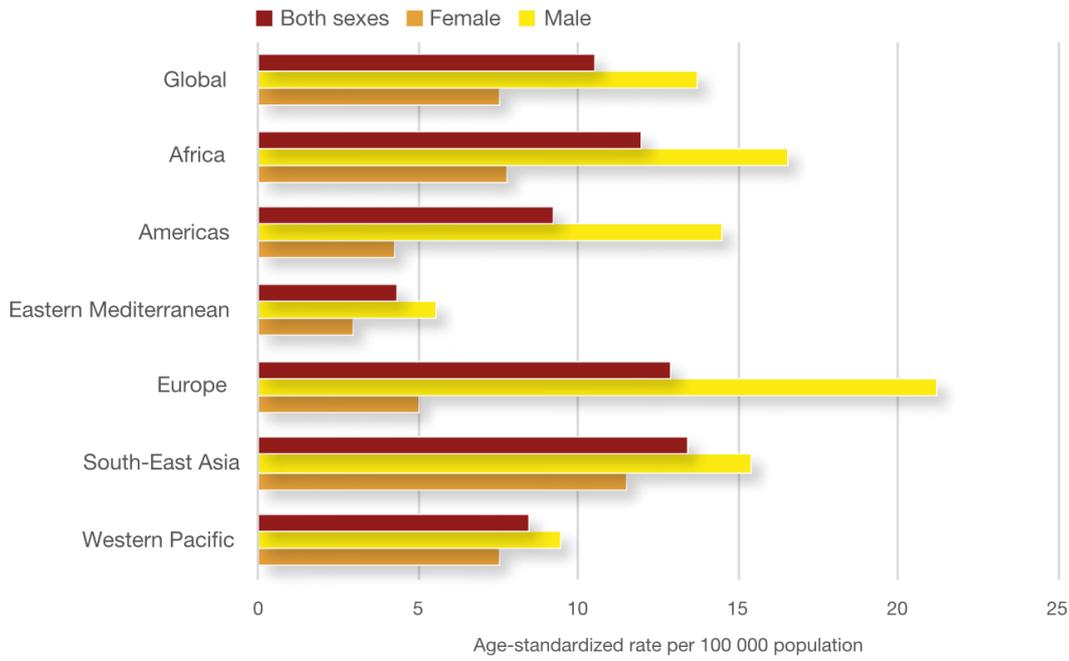
Tasas globales de suicidio

Aproximadamente 800.000 personas mueren por suicidio al año. Esta cifra es un subregistro , que sucede debido a diferentes métodos de monitoreo en el registro de muerte así como por factores culturales. El total de los 183 estados miembro se incluyen en la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ,sin embargo sólo alrededor del 45% de los países tienen un monitoreo apropiado

.El suicidio es la segunda causa de muerte entre personas desde los 15 a los 24 años y por cada muerte por suicidio se estiman 20 intentos de autoeliminación. Así , el suicidio es de interés

internacional con una tasa global de 10.5 cada 100.000 habitantes) hombres una tasa de 12.7/100.000, mujeres una tasa de 7.5/100.000, Fig.1) Una visión general de las tasas de suicidio para cada región de OMS es ofrecida en el Apéndice

Red AMBOS SEXOS ORANGE MUJERES AMARILLO HOMBRES



Tasa estandarizada de edad por cada 100.000 personas de la población

Figura 1. TASA ANUAL DE SUICIDIO DE TODAS LAS REGIONES DE OMS.)FUENTE ,El suicidio en el mundo ,estimación global de la salud,2019)

Se ha reportado que, durante tiempos de crisis , tal cómo desastres naturales ,guerras ,o epidemias sanitarias, cómo el síndrome respiratorio agudo severo(SARS),las tasas de suicidio pueden momentáneamente descender. Sin embargo, inmediatamente después de pasada la crisis las tasas aumentan . A los efectos de combatir satisfactoriamente el probable ascenso del suicidio luego de la crisis del coronavirus , debe fortalecerse la implementación de estrategias basadas en la evidencia. Así que el objetivo de este reporte es informar a los gobiernos, políticos y prestadores de salud así cómo ser el estímulo para que estas recomendaciones se traduzcan en acciones.

Impacto de la pandemia del COVID-19 sobre los factores protectores y de riesgo de Suicidio.

La pandemia del COVID-19 plantea un desafío especial a los pueblos de todo el mundo por afectar la salud física y mental, la economía ,y la vida social en todos los continentes.

El stress, los trastornos del sueño, la ansiedad, la depresión, y el suicidio son las consecuencias que probablemente mayormente aumentarán. La preocupación sobre el futuro incierto y sobre el desempleo son sólo algunos aspectos que impactan el bienestar mental durante y luego de la pandemia y que puede llevar a un aumento en las tasas de suicidio. El suicidio es una muerte innecesaria y puede ser prevenido usando métodos basados en la evidencia.

Un análisis de el impacto de la pandemia sobre los factores de riesgo y protectores es expuesta aquí así como recomendaciones a políticos para una apropiada respuesta preventiva durante y luego de la pandemia

Los factores de riesgo para el comportamiento suicida según el modelo socio-ecológico de la OMS están organizados en 4 grupos de varios niveles ;1) sociedad,2)comunidad 3)relaciones interpersonales 4) individual. Figura 2,los cuáles pueden ser relevantes en el comportamiento suicida.

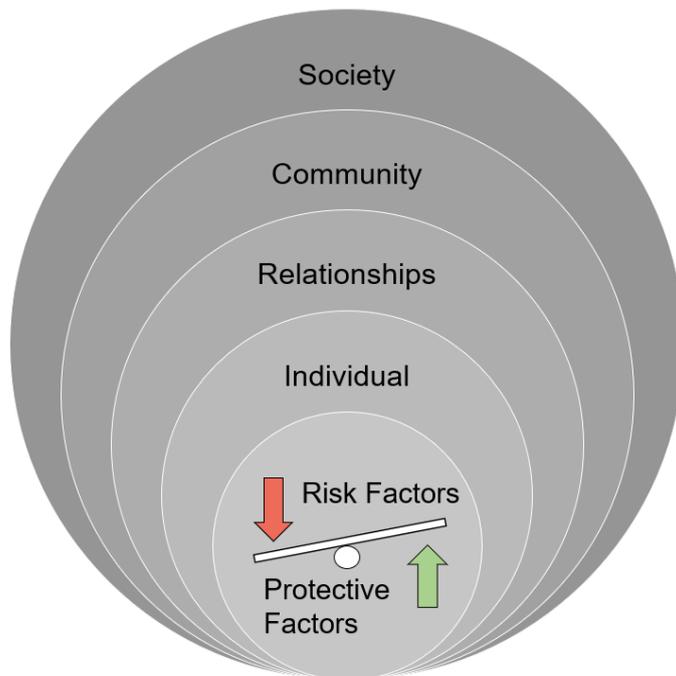


Figura 2. Visión general de los grupos multi niveles de factores de riesgo y protectores del suicidio.

Los factores protectores son tales como,1) servicios de salud mental efectivos,2)sólidas relaciones personales,3)red social continente, 4)habilidades para resolver problemas de la vida ,capacidad para adaptarse,5)prácticas para afrontar situaciones y practicar estrategias de bienestar,6)creencias religiosas o espirituales son de máxima importancia. Durante la pandemia del COVID 19 es probable que ambos tanto los factores de riesgo cómo los protectores serán afectados tanto por la enfermedad en sí misma así como resultado de las medidas sociales y económicas que se implementen.

Así, el interjuego entre la pandemia, los factores de riesgo y los protectores deberían ser estudiados a los efectos de informar una prevención interdisciplinaria. El posible efecto de la pandemia sobre los factores de riesgo y los protectores así como las estrategias de prevención son resumidas en las tablas a continuación, Tabla 1-3).E

Tabla 1. Factores de riesgo y protección del Suicidio y su posible impacto de la pandemia del COVID-19. Table 1.

El sombreado en rojo indica los efectos negativos sobre los factores tanto de riesgo como los protectores, el sombreado en verde indica posibles efectos positivos sobre factores de riesgo tanto como de protección. Los efectos tanto negativos como positivos difieren entre regiones y países dependiendo de las acciones locales de los políticos en respuesta a la pandemia del COVID-19.

| | Sociedad | Impacto de la pandemia del COVID-19 | Impacto |
|-----------------------------|--|---|------------------|
| Factores de riesgo | I. Obstáculos para acceder a los cuidados de salud. | <ul style="list-style-type: none"> Aumento de presión sobre los sistemas de salud. Aumento de transferencias de recursos hacia la respuesta aguda a la pandemia. Disminución del foco de atención sobre los cuidados de la salud mental. | - - - - |
| | II. Acceso a noxas | <ul style="list-style-type: none"> Aumento de compras y almacenamiento de Medicamentos Armas de fuego | - |
| | III. Reportes inapropiados en los medios de prensa. | <ul style="list-style-type: none"> Manejo sensacionalista en los medios que influye en la percepción de los riesgos. | - |
| | IV. Estigmatizar a la conducta de pedir ayuda. | <ul style="list-style-type: none"> Disminución de pedidos de ayuda. Incremento de la estigmatización en sociedades que ya tienen tendencia a estigmatizar problemas de salud mental. | - - |
| Factores Protectores | I. Cuidados efectivos de salud mental. | <ul style="list-style-type: none"> Disminución de la asistencia de la salud mental durante la pandemia, (ver arriba) | - |
| | II. Legislación sobre economía, desigualdades sociales, medidas de bienestar, accesibilidad a la | <ul style="list-style-type: none"> Disminución de tales legislaciones y programas debido al impacto económico de la pandemia. | - |

| | | | |
|-----------------------------|---|--|---|
| | atención en salud ,programas nacional de prevención. | Aumento de fondos gubernamentales para políticas de salud en general. | |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Oportunidad de fortalecer el Sistema de atención de salud mental. | - |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Aumento de las medidas de bienestar a corto y largo plazo | + |
| | | | + |
| | | | + |
| | Comunidad | Impacto de la pandemia del COVID-19 | |
| Factores de riesgo | I. Desastres ,conflictos | <ul style="list-style-type: none"> Reducción a la accesibilidad a la atención sanitaria en zonas de conflicto. | - |
| | II. Stress de aculturación y dislocación | <ul style="list-style-type: none"> Mayor stress de aculturación y dislocación en personas que actualmente huyen de conflictos o que están refugiados en campos durante la pandemia. | - |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Disminución de acceso a los prestadores de salud. | - |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Disminución de la efectividad en la contención en dichas áreas. | - |
| | III. Discriminación | <ul style="list-style-type: none"> | - |
| Factores Protectores | I. Integración Social, condiciones sociales de vida, prevención local ,y programas de recreación. | <ul style="list-style-type: none"> Oportunidad de aumentar los recursos en las actividades preventivas. | + |
| | Relaciones interpersonales | Impacto de la pandemia del COVID-19 | |
| Factores de riesgo | I. Soledad | <ul style="list-style-type: none"> Aumento del aislamiento y falta de sostén social. | - |
| | II. Relacionamientos conflictivos ,pérdidas, | <ul style="list-style-type: none"> Incremento de relacionamientos conflictivos y discordias al aumentar las tensiones vinculares | - |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Disminución de las oportunidades de contactar gente fuera del hogar. | - |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Pérdida de seres queridos debido a muerte por COVID-19. | - |
| | III. Trauma y abuso | <ul style="list-style-type: none"> Incremento de la Violencia interpersonal y del abuso intrafamiliar y de las mujeres al estar las personas confinadas | - |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Disminución del acceso a la ayuda. | - |
| Factores Protectores | I. Sólidas relaciones interpersonales. | <ul style="list-style-type: none"> Mejoramiento de las relaciones a través de nuevos modos de conectarse con más | + |

| | | | |
|-----------------------------|---|--|--------------------------------------|
| | | <p>tiempo libre para conversar o compartir actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de oportunidades de experiencias y actividades comunitarias. | - |
| | Individual | Impacto de la pandemia del COVID-19 | |
| Factores de riesgo | <p>I. Enfermedades Mentales.</p> <p>I Uso problemático del alcohol</p> <p>II. Pérdida del trabajo y financieras.</p> <p>III. Desesperanza</p> <p>IV. Dolor crónico.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Empeoramiento de los síntomas de los desórdenes mentales. • Reducción adicional del bienestar durante el aislamiento y la cuarentena. • Reducción de los cumplimientos de los tratamientos. <p>Incremento del consumo de alcohol.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de las pérdidas de empleo y financieras debido a la crisis económica. • Incremento de la desesperanza debido a la potencial pérdidas de amigos y familiares, pérdida de empleos ,e incertidumbre general. • Empeoramiento del dolor crónico por reducción de los cuidados y aumento del stress. | - - - - - |
| Factores Protectores | <p>I. Habilidades para resolver y enfrentar problemas de la vida, resolver problemas ,manejo de situaciones y habilidad para adaptarse.</p> <p>Creencias religiosas y espirituales.</p> <p>II. Impacto de dietas y de la alimentación sobre la salud física y mental.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la conciencia de las estrategias del autocuidado y del afrontamiento positivo a través de los medios de comunicación y el buen uso de internet • Incrementar el énfasis en el afrontamiento positivo. • Incrementar el tiempo usado para el autocuidado ,encontrar nuevas formas de bienestar. • Incrementar las prácticas de religión y de espiritualidad en el hogar. • Incremento del tiempo para prácticas accesibles. • Disminución de acceso a actividades de la comunidad. • Incremento de oportunidades para dietas más saludables. • Impacto negativo sobre la dieta a través de | + + + + + - + - |

| | | | |
|------|--|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> Alimentación irregular comiendo frecuentemente comida chatarra. stress y ansiedad | |
| III. | La actividad física tiene efectos positivos sobre la salud mental. | <ul style="list-style-type: none"> Incremento de la actividad física Debido a la motivación individual. Si se permitiera salir del hogar por breves períodos. | + |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Disminución de la actividad física debido a medidas de contención. | - |
| IV. | Dormir es importante para mantener la salud. | <ul style="list-style-type: none"> Mejoramiento de la regularidad de los períodos del sueño a través de rutinas de trabajo. | + |
| | | <ul style="list-style-type: none"> Aumento de la ansiedad y del stress debido directa o indirectamente a las consecuencias de la pandemia. | - |

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO

Las estrategias de prevención del Suicidio comprenden esfuerzos basados tanto en la población cómo en los cuidados de salud. Las estrategias basadas en la población son multisectoriales e incluyen educación, empleo, bienestar social ,agricultura ,negocios, legislación , políticas, medios de comunicación, los cuáles son complementados por actividades del cuidado de la salud .Los resultados se ven sinergizados cuando ambas aproximaciones se combinan .La evaluación de la efectividad de las estrategias está permanentemente en marcha y algunas estrategias tienen más evidencia que otras Se recomienda lograr una combinación de estrategias complementándose entre sí .

Las intervenciones para prevenir el suicidio que prueban ser más efectivas son 1)la restricción del acceso a noxas. (2) políticas para reducir el uso problemático del

alcohol (3) programas de concientización en centros de estudio, (4) y (5)tratamiento farmacológico y psicológico de la depresión , (6)cadena de cuidados y seguimiento a personas en riesgo , y (7) reportes responsables en los medios de comunicación . Otras

intervenciones, tales cómo el entrenamiento de cuidadores en la comunidad no tiene evidencia concluyente pero son considerados teóricamente válidos.

Estrategias de prevención basadas en la evidencia durante la pandemia del COVID-19

Mientras existe evidencia asequible que fuertemente sugieren que el suicidio puede ser prevenido , esas estrategias pueden ser afectadas durante una crisis cómo la pandemia del COVID-19 por lo que se requieren ajustes.

En las tablas abajo de Salud Pública (Table 2) and cuidados de la salud (Table 3) las estrategias de prevención del suicidio son descriptos a lo largo de la pandemia con los efectos de cada estrategia así cómo acciones recomendadas.

Table 2. Estrategias de prevención del Suicidio de la Salud Pública basadas en la evidencia y recomendaciones implementadas durante la pandemia del COVID-19

| Estrategia | Descripción | Efectos de la pandemia del COVID-19 | Acciones durante la pandemia del COVID-19 |
|--|---|---|--|
| <i>Restricción del acceso a noxas</i> | Restricción del acceso a medios letales de Suicidio implica varios puntos de aplicación tales cómo fármacos ,armas de fuego y pesticidas. | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la acumulación de medicamentos de venta libre preparándose para probables futuras infecciones u otros. • Aumento de la adquisición de armas de fuego debido a las preocupaciones generadas por la pandemia. | <p><i>Gobierno (nacional & regional I)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Restricción <ul style="list-style-type: none"> • Venta de noxas ,tales cómo armas de fuego y de pesticidas, • Cantidades de medicación comprada • Políticas de pública concientización que aseguren el almacenamiento <ul style="list-style-type: none"> • sin peligro de armas de fuego y de medicación en almacenes y en hogares. • Informar al publico cuidadosamente acerca de la reducción a dichos accesos |
| <i>Políticas para reducir el uso problemático del alcohol</i> | Intervenciones para reducir el uso problemático del alcohol han mostrado reducir las tasas de suicidio. | <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la ingesta de alcohol pueden suceder debido al confinamiento en el hogar soledad, auto medicación ,angustia, problemas financieros, u otras razones relacionadas. | <p><i>Gobierno (nacional & regional I)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Restricción al acceso de alcohol <p><i>Respuesta de los cuidados de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a individuos en riesgo. <p><i>Respuesta de la Salud Pública</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la conciencia sobre dichos efectos y desestimar el consumo de alcohol • Promover responsabilidad en el beber • Herramientas en línea paa monitorear la ingesta de alcohol. |
| <i>Entrenar cuidadores de la comunidad</i> | Intervenciones para incrementar la presencia de individuos calificados para identificar individuos suicidas | <ul style="list-style-type: none"> • La disminución o detención total del entrenamiento de cuidadores lleva a una disminución de la cantidad de los mismos. • Se disminuye la | <p><i>Respuesta de la Salud Pública</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Continuado entrenamiento durante la pandemia con restricciones locales (iej.manteniendo distancia apropiada.,) o online • Aumentar el número de |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | y referirlos a servicios apropiados. | oportunidad de que los cuidadores identifiquen ,observen e interactúen con personas suicidas. • | voluntarios que participen en los programas promoviendo la conciencia pública. |
| Intervenciones en centros de estu diode | Intervenciones que aumenten la conciencia en la salud mental y el suicidio. | • Centros cerrados o con severa disminución de concurrencia de alumnos. | <i>Gobierno(nacional & regional I)</i> • Plan para resumir intervenciones diirigidas a los centros de estudios apenas dichos centros reabran |
| | | | <i>Docentes—padres</i> • Discutir sobre el virus,los posibles efectos de las medidas de contención y los sentimientos de los jóvenes y niños con la ayuda de recursos asequibles |
| | | | <i>Respuesta de la Salud Pública</i> • Incremento de acceso de recursos(online) para jóvenes. |
| Reportes responsables en medios de prensa | Relacionamiento Bi-direccional entre los reportes mediáticos y el comportamiento suicida | • Incremento del tiempo de los medios de comunicación en la investigación para la información sobre la pandemia. | <i>Respuesta de la Salud Pública</i> • Existencia de guías de OMS para reportes responsables en medios de comunicación. .Guías adaptadas localmente para reducir el sensacionalismo de posibles suicidios relacionados con la pandemia. |

Tabla 3. Estrategias basadas en la evidencia para mejorar la salud mental y prevenir el suicidio e implementación de recomendaciones durante la pandemia del COVID-19 .

| Estrategia | Descripción | Efectos de la pandemia del COVID-19 | Acciones durante la pandemia del COVID-19 |
|---|---|---|--|
| Acceso a los cuidados de salud | Apropiados y accesibles tratamienotos para trastornos mentale y abuso de sustancias. | <ul style="list-style-type: none"> Incremento de la presión sobre el sistema de salud, el correcto cuidado de los trastornos mentales puede ser subestimado. Menor Atención médica debido al cierre de algunos centros de salud y licencia médica de profesionales de la salud. Los trabajadores de la primera línea de exposición y primeros en dar respuesta, como los policías, los bomberos, los trabajadores de ambulancia y otros trabajadores de la salud con roles vitales en la sociedad sufren stress agudo, problemas de su salud mental y comportamiento suicida. | <p><i>Respuesta de la Salud Pública</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Brindar sostén económico a los servicios de salud mental. Asegurar la accesibilidad a los servicios de salud mental. Desarrollar la telemedicina y los servicios digitales. Brindar on line herramientas para el autocuidado. <p><i>Sistema local de cuidado de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Planificar y ajustar recursos para mantener y mejorar el tratamiento y seguimiento de pacientes con trastornos mentales. Garantizar la disponibilidad del personal para atención de la salud mental. Brindar sostén a la salud mental de los trabajadores de la primera línea. Adoptar y reforzar la telemedicina. |
| Tratamiento de los trastornos mentales | Tratamiento farmacológico y psicológico de la depresión ,la ansiedad y otros trastornos mentales. | <ul style="list-style-type: none"> Las medidas de contención pueden afectar la disponibilidad del tratamiento. Cierre de centros de salud o falta de personal `por licencia médica. Empeoramiento de los síntomas de trastornos mentales entre pacientes psiquiátricos Ansiedad, depresión y TSPT pueden incrementarse debido a la pandemia y sus consecuencias. Incremento de | <p><i>Sistema de salud local o nacional.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de una guía para evaluación remota de enfermedad mental y riesgo suicida <p><i>Brindar Atención en salud mental</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Continuar el tratamiento y la evaluación presencialmente u on line incrementando dicha evaluación en personas en riesgo. Ofrecer intervenciones on line para manejar síntomas psiquiátricos. Breves terapias telefónicas y on line pueden constituir una herramienta efectiva para reducir los resultados en |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | | <p>los trastornos de la salud mental en la población general y en los trabajadores que responden en la primera línea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El comportamiento suicida puede incrementarse. | <p>comparación con la lista de espera ,de control Desarrollar una guía de sostén de la salud mental rn los lugares de trabajo indicando a quien debe referirse cuando se necesiten cuidados en salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como los individuos no tratados pueden tener un riesgo mayor de Suicidio asegurar un cuidado apropiado para <ul style="list-style-type: none"> • ansiedad, depresión, síntomas de SSPT • consumo problemático de alcohol y drogas • comportamiento suicida • trastornos psicóticos y otros. |
| <p>.Cadena de cuidados &seguimiento</p> | <p>Cadena útil y continua de atención y seguimiento a través de recursos disponibles de salud mental.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la demanda • sobre los sistemas de salud ,la cuál puede interrumpir la cadena de cuidados y enlentecer el seguimiento de pacientes psiquiátricos. | <p><i>Cuidado de profesionales de la salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Concientizar sobre los potenciales efectos negativos • Educar acerca de los recursos de salud mental & del cuidado apropiado. • Entrenar al equipo de salud para respuestas en salud mental. • Sostén en salud mental para sobrevivientes del COVID-19. • Uso alternativo de maneras de contactar a los pacientes (contacto telefónico.cartas, online) <p><i>Respuesta de la Salud Pública</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Líneas de ayuda para: • • <i>Pacientes suicidas</i> • <i>Individuos afectados por la pandemia del COVID-19</i> • Entrenar cómo voluntarios a trabajadores de la salud mental |

References

- American Foundation for Suicide Prevention (AFSP). (2020). *Taking Care of Your Mental Health in the Face of Uncertainty*. American Foundation for Suicide Prevention. Retrieved 20-05-13 from <https://afsp.org/story/taking-care-of-your-mental-health-in-the-face-of-uncertainty>
- International Association for Suicide Prevention (IASP). (2020). *Briefing Statement: The Coronavirus Disease (COVID-19) Outbreak*. International Association for Suicide Prevention (IASP). Retrieved 20-05-13 from https://www.iasp.info/pdf/2020_briefing_statement_covid19.pdf
- International Association for Suicide Prevention (IASP) & Suicide Awareness Voices of Education (SAVE). (2020). Reporting on suicide during the COVID-19 pandemic. IASP and SAVE. Retrieved 20-05-13 from https://www.iasp.info/pdf/2020_Briefing_Statement_Reporting_on_Suicide_During_COVID19.pdf
- Suicide Prevention Resource Center (SPRC). (2019). *Understanding Risk & Protective Factors for Suicide: Risk Protective Factors Primer*. <https://www.sprc.org/sites/default/files/migrate/library/RiskProtectiveFactorsPrimer.pdf>
- Wasserman, D. (2016). *Suicide: An unnecessary death* (2nd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198717393.001.0001>
- Wasserman, D., & Wasserman, C. (2009). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Wasserman, D., & Wasserman, C. (in press; 2020). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- WHO. (2010). *Global strategy to reduce harmful use of alcohol*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978 92 4 159993 1 https://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/
- WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organisation. ISBN 978 92 4 1564779. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
- WHO & IASP. (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/
- WHO. (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications-detail/national-suicide-prevention-strategies-progress-examples-and-indicators>
- WHO. (2019). *Suicide in the World - Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_10

Apéndice

Abajo, se encuentra una visión global de las tasas de suicidio estandarizadas por edad cada 100.000 habitantes, usadas por OMS en sus seis regiones. La OMS usa un standard de la población global para la estandarización de la edad global, basada en la estructura de la edad promedio de la población mundial, comparada con el período que el standard está en uso. Ésta tasa standard podría diferir de la tasa de la población en países individualmente. Por lo tanto, las tasas de Suicidio presentadas en este apéndice podrían diferir cuando poblaciones standard de países específicos son usadas.

Fuente: OMS Suicidio en el mundo. Estimación de Salud Global, 2019.

Table A1. Suicide rates of the WHO African region.

| Country | Age-standardised suicide rate for both sexes (per 100.000) |
|--------------------------|--|
| Lesotho | 28.9 |
| Côte d'Ivoire | 23.0 |
| Equatorial Guinea | 22.0 |
| Uganda | 20.0 |
| Cameroon | 19.5 |
| Zimbabwe | 19.1 |
| Nigeria | 17.3 |
| Eswatini | 16.7 |
| Togo | 16.6 |
| Sierra Leone | 16.1 |
| Benin | 15.7 |
| Chad | 15.5 |
| Cabo Verde | 15.1 |
| Burundi | 15.0 |
| Burkina Faso | 14.8 |
| Eritrea | 13.8 |
| Liberia | 13.4 |
| South Africa | 12.8 |
| Senegal | 11.8 |
| Central African Republic | 11.6 |

| | |
|----------------------------------|------|
| Botswana | 11.5 |
| Namibia | 11.5 |
| Ethiopia | 11.4 |
| Zambia | 11.3 |
| Comoros | 11.1 |
| Rwanda | 11.0 |
| Guinea | 10.5 |
| Gambia | 10.0 |
| Democratic Republic of the Congo | 9.7 |
| Gabon | 9.6 |
| United Republic of Tanzania | 9.6 |
| Congo | 9.3 |
| Niger | 9.0 |
| Angola | 8.9 |
| Mali | 8.9 |
| Ghana | 8.7 |
| Mozambique | 8.4 |
| Seychelles | 8.3 |
| Malawi | 7.8 |
| Mauritania | 7.5 |
| Guinea-Bissau | 7.4 |
| Mauritius | 7.3 |
| Madagascar | 6.9 |
| South Sudan | 6.1 |
| Kenya | 5.6 |
| Algeria | 3.3 |
| Sao Tome and Principe | 3.1 |

Table A2. Suicide rates of the WHO region of the Americas.

| Country | Age-standardised suicide rate for both sexes (per 100.000) |
|--------------------------|--|
| Guyana | 30.2 |
| Suriname | 23.2 |
| Uruguay | 16.5 |
| United States of America | 13.7 |

| | |
|----------------------------------|------|
| El Salvador | 13.5 |
| Bolivia | 12.9 |
| Trinidad and Tobago | 12.9 |
| Haiti | 12.1 |
| Nicaragua | 11.9 |
| Dominican Republic | 10.5 |
| Canada | 10.4 |
| Cuba | 10.1 |
| Chile | 9.7 |
| Paraguay | 9.3 |
| Argentina | 9.1 |
| Costa Rica | 7.5 |
| Saint Lucia | 7.3 |
| Ecuador | 7.2 |
| Columbia | 7.0 |
| Brazil | 6.1 |
| Belize | 5.9 |
| Mexico | 5.2 |
| Peru | 5.1 |
| Panama | 4.4 |
| Venezuela | 3.8 |
| Honduras | 3.4 |
| Guatemala | 2.9 |
| Saint Vincent and the Grenadines | 2.4 |
| Jamaica | 2.0 |
| Grenada | 1.7 |
| Bahamas | 1.6 |
| Barbados | 0.4 |

Table A3. Suicide rates of the WHO Eastern Mediterranean region.

| Country | Age-standardised suicide rate for both sexes (per 100.000) |
|----------|--|
| Yemen | 9.8 |
| Sudan | 9.5 |
| Djibouti | 8.5 |

| | |
|----------------------------|-----|
| Somalia | 8.3 |
| Afghanistan | 6.4 |
| Qatar | 5.8 |
| Bahrain | 5.7 |
| Libya | 5.5 |
| Egypt | 4.4 |
| Iraq | 4.1 |
| Iran (Islamic Republic of) | 4.0 |
| Jordan | 3.7 |
| Oman | 3.5 |
| Saudi Arabia | 3.4 |
| Lebanon | 3.2 |
| Tunisia | 3.2 |
| Morocco | 3.1 |
| Pakistan | 3.1 |
| United Arab Emirates | 2.7 |
| Syrian Arab Republic | 2.4 |
| Kuwait | 2.2 |

Table A4. Suicide rates of the WHO European region.

| Country | Age-standardised suicide rate for both sexes (per 100.000) |
|---------------------|--|
| Russian Federation | 26.5 |
| Lithuania | 25.7 |
| Kazakhstan | 22.8 |
| Belarus | 21.4 |
| Ukraine | 18.5 |
| Latvia | 17.2 |
| Belgium | 15.7 |
| Estonia | 14.4 |
| Finland | 13.8 |
| Hungary | 13.6 |
| Poland | 13.4 |
| Republic of Moldova | 13.4 |
| Iceland | 13.3 |

| | |
|------------------------|------|
| Slovenia | 13.3 |
| France | 12.1 |
| Sweden | 11.7 |
| Croatia | 11.5 |
| Austria | 11.4 |
| Switzerland | 11.3 |
| Ireland | 10.9 |
| Serbia | 10.9 |
| Czechia | 10.5 |
| Luxembourg | 10.4 |
| Norway | 10.1 |
| Slovakia | 10.1 |
| Netherlands | 9.6 |
| Denmark | 9.2 |
| Germany | 9.1 |
| Kyrgyzstan | 9.1 |
| Portugal | 8.6 |
| Romania | 8.0 |
| Bulgaria | 7.9 |
| Montenegro | 7.9 |
| United Kingdom | 7.6 |
| Uzbekistan | 7.4 |
| Turkey | 7.2 |
| Turkmenistan | 7.2 |
| Georgia | 6.7 |
| Malta | 6.5 |
| Bosnia and Herzegovina | 6.4 |
| North Macedonia | 6.2 |
| Spain | 6.1 |
| Armenia | 5.7 |
| Albania | 5.6 |
| Italy | 5.5 |
| Israel | 5.2 |
| Cyprus | 4.5 |
| Greece | 3.8 |

| | |
|------------|-----|
| Tajikistan | 3.3 |
| Azerbaijan | 2.6 |

Table A5. Suicide rates of the WHO South East Asia region.

| Country | Age-standardised suicide rate for both sexes (per 100.000) |
|-------------|--|
| India | 16.5 |
| Sri Lanka | 14.2 |
| Thailand | 12.9 |
| Bhutan | 11.6 |
| Nepal | 9.6 |
| Myanmar | 8.1 |
| Timor-Leste | 6.4 |
| Bangladesh | 6.1 |
| Indonesia | 3.7 |
| Maldives | 2.7 |

Table A6. Suicide rates of the WHO Western Pacific region.

| Country | Age-standardised suicide rate for both sexes (per 100.000) |
|-----------------------------------|--|
| Republic of Korea | 20.2 |
| Kiribati | 15.2 |
| Japan | 14.3 |
| Mongolia | 13.3 |
| Australia | 11.7 |
| New Zealand | 11.6 |
| Micronesia (Federated States of) | 11.3 |
| Laos People's Democratic Republic | 9.3 |
| China | 8.0 |
| Singapore | 7.9 |
| Papua New Guinea | 7.0 |
| Vietnam | 7.0 |
| Malaysia | 6.2 |
| Cambodia | 5.9 |
| Solomon Islands | 5.9 |
| Fiji | 5.5 |

| | |
|-------------------|-----|
| Samoa | 5.4 |
| Vanuatu | 5.4 |
| Brunei Darussalam | 4.5 |
| Tonga | 4.0 |
| Philippines | 3.7 |
