

Brains

Business, Research, Ageing, Innovation,
Neurosciences & Social journal

Año 0

Volumen 1 número 4

Octubre de 2021

Patrocinado por:

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson



Prevención y manejo de la conducta suicida

Sumario

- 1. Créditos**

>> pág. 02
- 2. Colaboradores**

>> pág. 03
- 3. Editorial**

Pere Bonet Dalmau >> pág. 05
- 4. Business**

El Observatorio del Suicidio, impulsor de la Red de Prevención del Suicidio de las Islas Baleares
Nicole K. Haber Eterovic >> pág. 07
- 5. Research**

Panorama actual de la investigación en prevención del suicidio
Víctor Pérez >> pág. 13
- 6. Ageing**

Prevención del suicidio para personas mayores
Pilar Solanes y Lúdia Ametller >> pág. 21
- 7. Innovation**

Reflexiones acerca de la tecnología en la prevención del suicidio
Oscar Ezinmo, Nicole K. Haber Eterovich y Elisa Martin >> pág. 27
- 8. Neurosciences**

La prevención del suicidio a nuestro alcance
Diego J. Palao >> pág. 33
- 9. Social**

Prevención y supervivencia del suicidio
Cecília Borràs >> pág. 39

Créditos

Gracias por confiar en nosotros y apostar por la salud mental y las neurociencias desde otro punto de vista. Una mirada variada y distinta de la científica que promueve la creación, la innovación y la colaboración del sector.

Este número ha sido posible gracias a la generosidad y el apoyo de los profesionales que reflejamos en la página de Colaboradores.

La revista es una obra original del **Clúster Salut Mental Catalunya**, con el apoyo de la Junta Directiva, y producida y coordinada por el **Dr. Pere Bonet i Dalmau**, Editor en Jefe; **Marta Sánchez Bret**, Clúster Manager; **Barbara Eisele**, Project Manager, **M^a José Martín**, Secretaría Técnica, **Andrea Galván Graf**, Comunicación Interna, y **Elena Rodríguez**, Técnica de Comunicación.

Consejo editorial:

Bussiness: **Dani Roca**; **Research:** **Elisabeth Vilella**; **Ageing:** **Miquel Tiffon** y **Silvia Garcia**; **Innovation:** **Hans Supèr**; **Neurosciences:** **Joan de Pablo** y **Jorge Cuevas**; y **Social:** **Victòria Monell**.

Equipo editorial: **Dandelion Contents, SL**



ACCIÓ



Generalitat
de Catalunya



Portada:

Atlas Agachado

Boceto del artista italiano Baldassare Tommaso Peruzzi (1481-1536) representando a Atlas agachado, soportando el peso del cielo. Pluma y tinta marrón, sobre punta de plomo o tiza negra.

Fuente: Met Museum

<https://www.metmuseum.org/art/collection/search/340471>

Colaboradores

Pere Bonet Dalmau

Editor en jefe
Director ejecutivo
de la Cátedra de Salud Mental
de la UVic-UCC/Althaia



Oscar Ezinmo

Técnico del servicio de proyectos del Departamento de Tecnología de la Información y Comunicaciones (DTIC), del Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut)



Nicole K. Haber Eterovic

Responsable del Observatorio del Suicidio
Coordinadora del Proyecto Autonómico de
Prevención de la Conducta Suicida
Psicóloga clínica
Servei de Salut de les Illes Balears



Elisa Martín

Directora del área de Salud del Instituto
de Ingeniería del
Conocimiento (IIC)



Víctor Pérez

Director del Instituto de Neuropsiquiatría y
Adicciones del Hospital del Mar y coordinador
del Grupo de Investigación en Salud Mental del
Instituto Hospital del Mar de Investigaciones
Médicas. Profesor Titular de la Universidad
Pompeu Fabra. CIBERSAM



Diego J. Palao

Director de Salud Mental del Hospital
Universitario Parc Taulí. Institut d'Investigació
i Innovació Parc Taulí (I3PT).
Profesor Titular de Psiquiatría,
Universitat Autònoma de Barcelona.
Centro de Investigación Biomédica
en Red de Salud Mental (CIBERSAM)



Pilar Solanes

Directora
Servicios de
Envejecimiento y Cuidados
Área de Derechos Sociales, Justicia Global,
Feminismos y LGTBI
Ayuntamiento de Barcelona



Cecília Borràs

Psicóloga
Presidenta fundadora de
Después del Suicidio – Asociación
de Supervivientes



Lidia Ametller

Técnica
Servicios de
Envejecimiento y Cuidados
Área de Derechos Sociales, Justicia Global,
Feminismos y LGTBI
Ayuntamiento de Barcelona



Pere Bonet Dalmau

Editor en jefe
Director ejecutivo de la Cátedra de Salud Mental
de la UVic-UCC/Althaia



Y sin darnos cuenta llegamos al último número de este primer año de *BRAINS*. Un año que hemos dedicado, desde los puntos de vista de la industria (Business), la investigación (Research), el envejecimiento (Ageing), la innovación (Innovation), las neurociencias (Neurosciences) y lo social (Social), a profundizar en cómo podíamos contribuir transversalmente en los retos para la Salud Mental derivados de la pandemia de COVID-19, en las nuevas estrategias terapéuticas en Salud Mental centradas en la ocupación y la tecnología, y, en este número, en la prevención del suicidio.

Dadas las altas cifras de muertes por suicidios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en el año 2014 el artículo titulado *Prevención del suicidio: un imperativo global*¹, el primer informe mundial sobre la prevención del suicidio, con el fin de alentar a las naciones a que tomaran cartas en el asunto y para ayudarlas a elaborar estrategias desde un enfoque multisectorial de la salud pública. La OMS, en su Mental Health Action Plan, destaca la prevención del suicidio como un objetivo concreto a desarrollar en los sistemas de Salud Mental, teniendo como objetivo transversal la resiliencia de la sociedad. A pocos meses de terminar el año 2021 invitamos a colaborar en este número a algunos de los profesionales más destacados en prevención del suicidio, a que arrojaran luz en nuestra revista sobre este tema y compartir conocimientos y recursos.

En las siguientes páginas encontraremos un artículo de Nicole K. Haber Eterovic, psicóloga clínica del Servei de Salut de les Illes Balears, Coordinadora del

Proyecto Autonómico de Prevención de la Conducta Suicida y responsable del Observatorio del Suicidio, modelo pionero en la prevención del suicidio, en el cual se centra en las medidas de prevención universal y en la importancia de que desde las empresas se visualice la prevención y que la industria invierta en I+D para desarrollar tecnología y procesos que puedan auxiliar en la prevención del suicidio.

También contaremos con un artículo de Víctor Pérez, director del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar y coordinador del Grupo de Investigación en Salud Mental del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas, en el que nos ofrece una visión actual del estado de la investigación en prevención del suicidio y los resultados del proyecto Código Riesgo Suicidio, implementado en Cataluña hace ya algunos años.

En la sección Ageing dispondremos de un artículo de Pilar Solanes, directora de los Servicios de Envejecimiento y Cuidados del Ajuntament de Barcelona, y Lúdia Ametller, técnica del Departamento de Salud y participante en el proceso de elaboración del Plan de Salud Mental, dedicado también a la prevención del suicidio, con especial atención a las personas mayores.

En la sección Innovation encontraremos unas reflexiones sobre la tecnología en prevención del suicidio de Oscar Ezinmo, técnico del Servicio de proyectos del Departamento de Tecnología de la In-

¹ <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

formación y Comunicaciones del Servicio de Salud de las Islas Baleares, junto con Nicole K. Haber Ete-rovic y Elisa Martin, directora del Área de Salud del Instituto de Ingeniería del Conocimiento (IIC).

También contaremos en la sección Neurosciences con un artículo de Diego J. Palao, director de Salud Mental del Hospital Universitario Parc Taulí, titulado *La prevención del suicidio a nuestro alcance*, donde expone el nuevo Plan de Prevención del Suicidio de Catalunya (PLAPRESC).

Y para finalizar esta serie de artículos del número sobre prevención del suicidio, dispondremos de un artículo de Cecília Borràs, Presidenta de Después del Suicidio – Asociación de supervivientes, que en la sección Social nos aproxima las herramientas disponibles por parte de los supervivientes para poder afrontar el suicidio consumado de un ser querido.

Desde el Clúster agradecemos a todos los colaboradores su participación, y por el tiempo robado para poder preparar los artículos. Queremos destacar también que estaremos encantados de contar de nuevo con todos vosotros, autores, lectores y patrocinadores, para seguir trabajando en el manejo de la depresión y el intento suicida desde el prisma de la formación y de la innovación durante el próximo 2022. Para ello, disponemos de la plataforma formativa Mind Excellence y el excelente marco de co-creación de nuestro Living Lab CALL (Care & Autonomy Living Lab), así que os mantendremos informados.

Deseamos que este monográfico os resulte útil tanto a nivel profesional como a nivel humano. Os alentamos a continuar en contacto con nosotros, mediante las direcciones de contacto o a través de nuestros diferentes canales de comunicación y redes sociales.

El Observatorio del Suicidio, impulsor de la Red de Prevención del Suicidio de las Islas Baleares



Nicole K. Haber Eterovic

Responsable del Observatorio del Suicidio
 Coordinadora del Proyecto Autonómico de Prevención de la Conducta Suicida
 Psicóloga clínica
 Servei de Salut de les Illes Balears

Sin duda alguna, todo lo que implica el suicidio y sus intentos representa un grave problema de salud pública que nos puede afectar a todos, así como a nuestro entorno tanto familiar como social. En el año 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo público que cada año mueren por suicidio más de 700.000 personas y que esta es la tercera causa de muerte entre personas de 15 a 19 años¹.

Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística (INE) ha reportado que en 2019 el suicidio fue la principal causa de muerte no natural en España, siendo la tasa estatal de 7,48 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Es la primera causa absoluta de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años, llegándose a contabilizar en 2020 3.941 fallecimientos por esta causa^{2,3}.

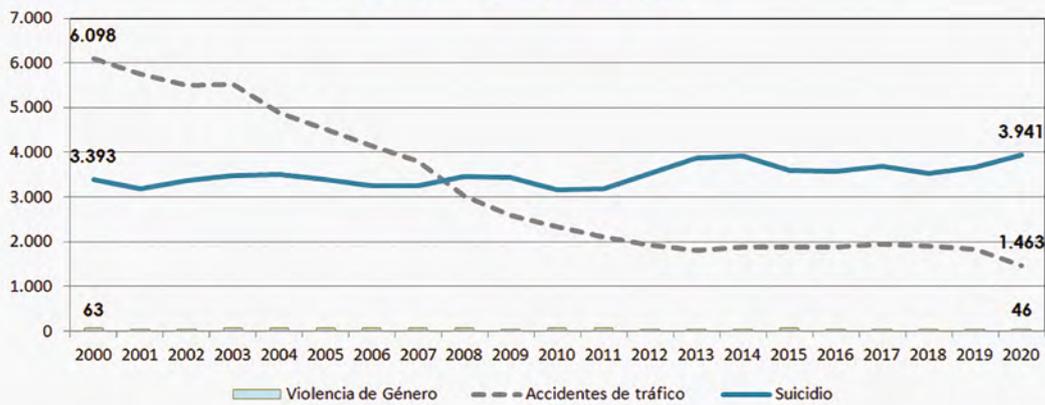
Antes de que se reportasen estas cifras, en 2014 la OMS ya declaró que la prevención del suicidio era un imperativo global, haciendo una llamada a todos los países del mundo para que impulsasen y estableciesen estrategias integrales de prevención⁴.

El Observatorio del Suicidio

Se estima que por cada suicidio han acontecido entre 10 y 30 tentativas⁵, cifra que asciende a entre 100 y 200 tentativas por cada suicidio en la adolescencia⁶. Igual de relevantes son las cifras de las personas del entorno de la víctima que quedan afectadas de por vida, con una media de entre 6 y 10 personas, pasando a ser víctimas supervivientes de la pérdida⁷. Datos que recrudecen aún más el problema grave de salud pública que hay detrás, y que sin duda debe abordarse.

Confrontando datos por cada muerte por violencia de género, ocurren en España 69 muertes por suicidio; por cada homicidio, 12; por cada fallecido en accidente de tráfico, 2 (INE, 2020). Las campañas y medidas de prevención realizadas para luchar contra los accidentes de tráfico y contra la violencia de género ha producido un descenso de víctimas de un 50% y un 20%, respectivamente (INE, 2021; epdata-violencia de género, 20218). Tales evidencias auguran que es-

Nº de muertes por suicidio, accidentes de tráfico y violencia de género. España, 2000-2020.



• Mientras que las políticas preventivas como las de seguridad vial o violencia de género parecen haber conseguido disminuir las víctimas por este motivo, en España faltan todavía planes o estrategias específicas de prevención del suicidio que también puedan disminuirlo.



FUNDACIÓN ESPAÑOLA PARA LA
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
SPANISH FOUNDATION FOR SUICIDE PREVENTION

Fuente: Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2019. INE, 2021: www.ine.es.

www.fsme.es

trategias integrales de prevención del suicidio podrían aportar resultados similares⁹.

Es por esto que dentro del Plan Estratégico de Salud Mental 2016-2022 de la Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears se priorizó la creación del Observatorio del Suicidio del Servicio de Salud de las Illes Balears (OdS), para impulsar acciones encaminadas a la prevención, detección y abordaje de la conducta suicida, elaborando protocolos de actuación para diferentes colectivos vulnerables y mejorando los canales de derivación, comunicación y gestión de casos entre los profesionales de la salud y los profesionales de otros ámbitos.

Prevención universal

La prevención universal está dirigida a toda la población con la finalidad de potenciar al máximo la salud, sensibilizar e informar sobre este problema, eliminar barreras, fortalecer los procesos protectores para minimizar el riesgo de suicidio y aumentar el acceso a la ayuda. Es la base sobre la que irán encajando los otros dos niveles de prevención, la selectiva y la indicada. En este artículo expongo este primer trabajo de cimentación que ha ido acompañado de muchas otras acciones orientadas a la detección y al trata-

miento que están dando buenos resultados en gran medida gracias a este buen trabajo de fondo. Desde el OdS se ha organizado, participado y colaborado con otras entidades, entre ellas el Colegio Oficial de Psicología de les Illes Balears (COPIB), la Asociación de Familiares y Amigos Supervivientes por suicidio de les Illes Balears (AFASIB) y el Teléfono de la Esperanza, en diferentes acciones de sensibilización social, charlas, actos públicos y entrevistas a medios de comunicación.

Una de las acciones más importantes es la de visibilizar este grave problema y desestigmatizarlo a través de información experta y adecuada. Hablar del suicidio de forma adecuada previene, ya que la inercia hasta hace muy poco era silenciarlo, de modo que no se publicaban datos y los medios de comunicación apenas ofrecían noticias al respecto.

Tratamiento del suicidio en los medios de comunicación

En el año 2000 la OMS publica las primeras recomendaciones sobre el tratamiento del suicidio en los medios de comunicación, reeditándolas y ampliándolas en años posteriores^{10,11}. Múltiples organismos las han publicado y distribuido, e incluso están disponibles en una cuidada traducción al castellano, en un texto que

revisa y sintetiza, de una manera muy práctica y funcional, los tres documentos publicados por la OMS¹². A pesar de la accesibilidad a estas recomendaciones, todos los análisis de medios realizados *a posteriori* indican que la manera de informar no se ha modificado apenas¹³⁻¹⁶.

La fórmula del suceso es la que sigue primando, y se mantienen aquellos ingredientes que no solo está demostrado que no previenen, sino que, por el contrario, pueden contagiar a personas en situación de vulnerabilidad y ambivalencia. Está claro que falla el canal de comunicación. Difícilmente se cambiará una manera de hacer con un discurso unidireccional. La Oficina de Salud Mental del Servicio de Salud de las Illes Balears (OSMIB), de la que forma parte el OdS, apuesta por la transversalidad, la unión de esfuerzos, la colaboración y la puesta en común de los conocimientos y experiencias de todas las personas implicadas como forma habitual de trabajo. Todas las posturas que no mantengan esta “horizontalidad” acaban fracasando. Es así como nacen los Talleres sobre el tratamiento de la conducta suicida en los medios de comunicación.

El taller es un espacio de reflexión y diálogo abierto entre expertos de la conducta suicida y profesionales de los medios de comunicación, con el propósito de ir modificando la manera de informar sobre el suicidio desde la comprensión del problema y su impacto en la población. En uno de estos talleres¹⁷ contamos con la participación de Gabriel González, periodista especializado en información judicial, profesor asociado de la facultad de Comunicación de la Universidad de Navarra y autor del libro *Hablemos del suicidio*¹⁸. La participación de un experto en conducta suicida que sea al mismo tiempo periodista ha facilitado la comprensión del problema y, por consiguiente, el cambio en la manera de dar la noticia para que esta tenga un efecto preventivo.

Población juvenil

Desde el OdS se han creado canales de comunicación entre todos los actores implicados para facilitar la atención y el cuidado de las personas de una manera eficiente. Un ejemplo de ello es el programa de coordinación llamado CoorEducaSalutMental, entre la Conselleria de Salut y la Conselleria d'Educació, para atender al alumnado con problemas complejos de salud mental y para el que manifieste conductas suicidas.

En apoyo a este programa se ha elaborado un Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en los centros educativos¹⁹ y una Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos²⁰, acompañado de sesiones formativas en las que no solo participan los centros escolares sino todos los profesionales que intervienen en el trabajo con jóvenes. Así el, OdS y la enfermera especialista en salud mental del CoorEducaSalutMental imparten charlas por sectores a las que son invitados todos los profesionales que trabajan en la zona con jóvenes, como orientadores, trabajadores sociales, educadores de calle, policías tutores²¹, dinamizadores juveniles, profesionales de la Atención Primaria, etc., reforzando de esta manera el trabajo en red y aunando los conocimientos y los circuitos de derivación.

Se estima que por cada suicidio han acontecido entre 10 y 30 tentativas, cifra que asciende a entre 100 y 200 tentativas por cada suicidio en la adolescencia.

Población adulta (con actividad laboral)

El mayor número de muertes por suicidio se encuentran en la franja de los 40 años, en plena edad laboral. Es cierto que hay también riesgo de suicidio cuando las personas se encuentran en el desempleo y con dificultades económicas. Sin embargo, el trabajo no siempre es protector. Hay un número importante de suicidios en los sanitarios, especialmente médicos y veterinarios. Igualmente, todas las profesiones en que se está trabajando con armas, como ocurre con policías, cazadores o militares, son profesiones con acceso fácil al método de suicidio. Estas son ejemplo de profesiones que tienen facilidad para acceder al método, que es un factor de riesgo muy importante. La accesibilidad al método en un momento de crisis facilita el paso al acto.



<https://www.diariodemallorca.es/fotos/mallorca/2021/10/22/formacion-intervenir-tentativas-suicidio-58702926.html#foto=6>

No obstante, no hay que olvidar que se trata de un problema multifactorial, es decir, no se trata del hecho de tener acceso fácil al método o de sufrir un estrés inducido por esas profesiones, ni un tema de profesiones de alta responsabilidad. Son múltiples y variados los factores que pueden estar aumentando el riesgo y/o desencadenado una crisis, como la propia biografía, la historia de aprendizajes, la acumulación de sucesos adversos, los antecedentes de suicidio propios o familiares, un problema de salud mental subyacente y un largo etcétera, que se une a un sentimiento de desesperanza, de no solución y de ruptura de vínculos, por haberlos perdido o por sentirte una carga para los demás.

Un factor muy importante generalizado y que está muy presente en las profesiones citadas corresponde al estigma y el autoestigma. Es muy complicado admitir que tienes un problema, ya que esto es visto como una debilidad. Hay profesiones en las que eres considerado un “superhéroe”, en las que el que presta la ayuda eres tú. La persona tarda mucho en admitir que no está bien, y cuando no puede más, le cuesta mucho contarle. Ese problema inicial poco a poco va creciendo hasta que la persona cree que se encuentra sin salida. Por eso la importancia de hablar y de perder la

vergüenza, de normalizar y acabar con el estigma por razones de salud mental en general y del suicidio en particular.

Industria

La sensibilización y visualización de estos temas dentro de las empresas sería sin duda alguna muy práctico. Principalmente, saber que es una realidad que existe y que nos afecta a todos, conocer sus factores de riesgo, las señales de alerta, podría ayudar a percibir que una persona está en riesgo y de esta forma poder ofrecerle ayuda y/o acompañarla a recibir la ayuda adecuada. Y no solo en empresas no relacionadas con la salud, incluso todavía hay muchos profesionales sanitarios que siguen pensando que preguntar a un paciente si ha tenido ideas de quitarse la vida o de desaparecer puede inducirlo a hacerlo. Es todo lo contrario, preguntar a alguien si tiene ideas suicidas produce un efecto de alivio, de descompresión, la normaliza de algún modo, ya que permite al paciente romper con esa espiral (solitaria) de pensamientos que no deja ver la salida; y se sentirá escuchado y es la única manera que tendremos de rescatarlo y prestarle ayuda. Preguntar y hablar se vuelve imprescindible, incluso con niños y adolescentes, que verbalicen que están mal y que se quieren morir. Demasiadas veces trivializamos esta petición de ayuda como una “llamada de atención” y no le damos la importancia que requiere. Toda llamada de atención esconde un sufrimiento. Realmente lo que nos están diciendo es que están sufriendo sobremanera y que no pueden solos con ese dolor y quizás no sepan pedir ayuda de otra forma.

Simplemente con estos conocimientos básicos sobre prevención del suicidio, los trabajadores de las empresas podrían ayudar a aquellos compañeros que muestren alguna señal. A veces basta con mostrarles interés, estar a su lado, escuchar sin juzgar; solo esto es de gran ayuda, ya que puede aplazar o retrasar el paso al acto y nos permitirá acompañarlos hasta que puedan recibir ayuda. Todos podemos ayudar. Hay que saber que nadie quiere morir, sino dejar de vivir la vida que se está viviendo, dejar de sufrir. Hasta el último minuto hay un sentimiento ambivalente hacia la vida y la muerte.

Por otro lado, también es importante que la industria pueda invertir en I+D para desarrollar, de forma multidisciplinar, tecnologías y procesos que puedan auxiliar en la prevención del suicidio, como, por ejemplo, en Inteligencia Artificial que oriente en los servicios de urgencias, o en elementos de protección arquitectónicos que puedan proteger más a las personas. El presidente de la Fundación Española para la Prevención

del Suicidio, Andoni Anseán, vaticinó que el futuro será hacer edificios inteligentes para la prevención del suicidio, del mismo modo que ya se implementan medidas de protección en puentes, estaciones de tren y de metro, etc. Igual que se está homologando los edificios nuevos para que tengan obligatoriamente determinadas características de accesibilidad, también se podría homologar edificios si dispusieran de seguridad anti-suicidio.

La conducta suicida es muy compleja y multicausal, y su prevención, en consecuencia, también lo es. Se tiene que actuar en todas las capas de la sociedad, desde todos los ámbitos y a todos los niveles, desde las instituciones, pasando por las asociaciones y entidades del tercer sector hasta el ciudadano de a pie.

Estamos ya trabajando con el Ayuntamiento de Palma para la identificación de los “puntos calientes”, tal como se llaman aquellos lugares que concentran el mayor número de tentativas y de suicidios consumados, para limitar o disuadir el acceso a ellos. Estamos pendientes de iniciar conversaciones con los Consejos insulares para ampliar el trabajo al resto de Baleares.

Futuro

La conducta suicida es muy compleja y multicausal, y su prevención, en consecuencia, también lo es. Se tiene que actuar en todas las capas de la sociedad, desde todos los ámbitos y a todos los niveles, desde las instituciones, pasando por las asociaciones y entidades del tercer sector hasta el ciudadano de a pie. El artículo es



<https://www.diariodemallorca.es/fotos/mallorca/2021/10/22/formacion-intervenir-tentativas-suicidio-58702926.html#foto=6>

una pequeña muestra de acciones que, desde el Ods, hemos emprendido siguiendo las recomendaciones en cuanto a prevención universal.

De forma paralela, como no puede ser de otra manera, estamos trabajando muy fuerte en la prevención selectiva y la indicada, es decir, en la detección en los colectivos vulnerables y la atención especializada a personas en riesgo. Estoy satisfecha con los pasos que estamos dando, pero queda mucho por hacer todavía. Un indicador de esta satisfacción es la respuesta positiva de todos los sectores interpelados que se sienten inmediatamente partícipes en esta lucha, mostrando interés y compromiso en sumar esfuerzos. El pasado 21 y 22 de octubre organizamos en Palma un curso en intervención en crisis suicida dirigida a los cuerpos de emergencias y seguridad de las Islas Baleares. Se reunieron más de 70 profesionales: 061, Policía Nacional, Guardia Civil, Policía Local, Policías tutores, bomberos de Palma, bomberos de los Consells Insulares, militares del Ejército de Tierra y psicólogos de emergencias del GIPEC112. La formación fue impartida por un grupo de bomberos y psicólogos de emergencias de Madrid, que pertenecen a la Asociación Internacional de Estudios de Bomberos y Psicología de Emergen-

cia (estudiosaib.com), con experiencia y formación en intervención y docencia sobre conducta suicida e intervención en crisis. Esta formación se ha impartido en diferentes comunidades autónomas solo para bomberos. En Baleares es la primera vez que se realiza para todos los cuerpos de seguridad y emergencias de una misma comunidad. Los asistentes pudieron comprobar la importancia de la formación especializada y, sobre todo, de la coordinación de todos los cuerpos intervinientes en una emergencia por crisis suicida. Es una semilla más de otro proyecto que formará parte de la compleja red de prevención de esta grave realidad.

Próximamente verá la luz el Plan de Prevención, Actuación y Abordaje de la Conducta Suicida de las Illes Balears, que actualmente está en fase de edición, en el que se verá reflejado y reforzado este compromiso, así como el camino andado y el que queda por andar.

Referencias bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud. Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
2. Instituto Nacional de Estadística. (2021). Defunciones según la Causa de Muerte. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10803>.
3. Fundación Española para la Prevención del Suicidio. Observatorio del Suicidio en España 2020. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020>
4. World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. Luxemburg. Word Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>.
5. Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*, 15(7), 1425. doi:10.3390/ijerph15071425.
6. Drapeau, C. & Mcintosh, J. USA Suicide: 2018 Official Final Data. Disponible en: https://suicidology.org/wp-content/uploads/2020/02/2018datapgsv2_Final.pdf.
7. Reina, P. ed., 2014. El asociacionismo en la postvención de supervivientes al suicidio. En: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida, 2ª ed. Fundación Salud Mental España, pp. 951-64.
8. EpData. Mujeres asesinadas por violencia de género en lo que va de año. Disponible en: <https://www.epdata.es/mujeres-asesinadas-violencia-genero-va-ano/7820a811-618d-4109-97be-f1d2c31313a6/espana/106>.
9. Organización Mundial de la Salud (2021). Suicidio. Datos y cifras. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
10. World Health Organization (2008). Department of Mental Health and Substance Abuse. Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals. Geneva.
11. World Health Organization (2017). Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017. Geneva.
12. Acosta, F., Rodríguez, C. & Cejas, M. (2017). Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la OMS. *Rev Esp Salud Pública*, 91:e201710040.
13. Herrera, R., Ures, M. & Martínez, J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto werther o efecto papageno? *Rev Asoc Esp Neuropsiq [online]*, 35(125):123-34.
14. Rátiva, J., Ruiz, V. & Medina-Pérez, Ó. (2013). Análisis de las noticias sobre suicidio publicadas en un diario local del Quindío, Colombia, entre 2004 y 2011. *Rev Cubana Hig Epidemiol [online]*, 51(2):184-91.
15. Garrido-Fabián, F., Serrano-López, A. E., & Catalán-Matamoros, D. (2018). El uso por los periodistas de las recomendaciones de la OMS para la prevención del suicidio. El caso del periódico ABC. *Revista Latina de Comunicación Social*, 73:810-27.
16. Durán, A. & Fernández-Beltrán, F. (2020). Responsabilidad de los medios en la prevención del suicidio. Tratamiento informativo en los medios españoles. *El Profesional de la Información*, 29(2). DOI: <https://doi.org/10.3145/epi.2020.mar.07>.
17. Sistema Sanitario Público de las Illes Balears, Infosalut. Conferencia “Cómo tratar el suicidio en los medios de comunicación”. <http://www.infosalut.com/es/salud-publica/promocion-de-la-salud-y-prevencion-de-la-enfermedad/8381-el-observatori-del-suicidio-de-balears-realiza-una-conferencia-sobre-el-suicidio-en-los-medios>.
18. González Ortiz, G., 2018. Hablemos del suicidio. Pamplona: EUNSA
19. Flórez Fernández, I., Ovejero Muñoz, M. & Haber Eterovic, N. Protocolo de actuación en caso de riesgo autolítico detectado en los centros educativos de las Islas Baleares. Palma: Gobierno de las Islas Baleares; 2021. Disponible en: https://www.ibsalut.es/docs/prof/PROTOCOLOS/ES/Protocolo_riesgo_autol%C3%ADtico_centros_educativos_IBSALUT_ESP.pdf.
20. Haber Eterovic, N., Florez Fernández, I., Lafau Marchena, O. & Moragues Cantallops, E. Guía para la prevención y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares; 2021. Disponible en: https://www.ibsalut.es/docs/prof/GUIAS/ES/Gu%C3%ADa_prevenci%C3%B3n_y_abordaje_conducta_suicida_colegios_IBSALUT_ESP.pdf.
21. Govern Illes Balears. Policías tutores de las Illes Balears. Disponible en: <https://www.caib.es/sites/policiestutorsillesbalears/es/portada-79128/>.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:

brains@clustersalutmental.com

Para contactar con el autor:

Nicole K. Haber Eterovic - nicole.haber@ibsalut.es

Panorama actual de la investigación en prevención del suicidio

Víctor Pérez

Director del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar y coordinador del Grupo de Investigación en Salud Mental del Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. Profesor Titular de la Universidad Pompeu Fabra. CIBERSAM



La dimensión social del suicidio

En el mundo se suicidan en torno a unas 800.000 personas cada año^a; podría decirse, con un cálculo simplista, que cada 40 segundos alguien se suicida. En España, el suicidio supone en torno a 3.500 muertos cada año y en Cataluña, alrededor de 500^b. Cabe resaltar también que es la primera causa de muerte en la población joven, no ya porque el número de suicidios haya aumentado, sino porque otras causas de muerte en esta franja de edad han disminuido, como las producidas en accidentes de tráfico o las debidas a la infección por VIH.

El problema, sin duda, es de gran magnitud. Por cada persona que muere por accidente de tráfico, mueren dos por suicidio; por cada persona que muere asesinada, mueren 15 por suicidio, y por cada persona que muere por violencia de género, mueren 70 por suicidio^c. Una parte del problema, asumiendo lo terrible que ya son las muertes de por sí, es que el tema del suicidio no es tratado como los demás temas, que aparecen en los telediarios y la prensa de cada día; es ignorado por

los medios de comunicación, solo se destaca en fechas señaladas, como el Día Mundial para la Prevención del Suicidio o cuando el INE ofrece los datos oficiales. Y otra parte del problema es que por cada suicidio consumado se estima que hay 20 personas que lo intentan, entre 6.000 y 8.000 cada año en Cataluña¹.

Un tema tabú

El suicidio ha sido siempre un tema tabú, silenciado, hasta tal punto que algunos autores hablan de *muerte ignorada*^d. Durante mucho tiempo la prensa ha tenido mucha precaución a la hora de hablar del suicidio para evitar lo que se conoce como conducta imitativa, un riesgo inherente cuando se habla del suicidio como una actitud, como una conducta ejemplar, ya que puede in-

^a <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

^b <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10803>

^c <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2017/l0/&file=05008.px&L=0>

^d <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/suicidio-y-mmcc/catalu%C3%B1a/>



Foto de Allyson Carter en Unsplash.

ducir a que alguien lo imite. De hecho, tras la muerte de algunos personajes famosos se han dado auténticas “epidemias” de suicidios. No obstante, del suicidio hay que hablar, puesto que de lo contrario da la impresión de que es un problema que no existe. Pero hay que hablar de forma correcta, tal como se habla de los accidentes de tráfico o de la violencia de género.

También la religión ha alimentado esta conducta, rechazando hasta hace poco que a los suicidas se les diera sepultura en un cementerio cristiano. Se consideraba que el suicidio iba tan en contra de las creencias religiosas que se hacía un esfuerzo para mantenerlo oculto, para que no se supiera del tema, y también como forma de castigo.

¿Qué se puede hacer?

Cuando ahora se habla de hacer lo mismo con el tema del suicidio que lo que se ha hecho divulgando la relevancia de los accidentes de tráfico, se obvian algunas diferencias relevantes. Por un lado, el concepto social de lo que significa el riesgo en el tráfico hace que resulte simple alentar un cambio en las conductas, como cuando una persona toma alguna copa de más y alguien cercano, al advertirlo, le aconseja que coja un taxi en lugar de conducir. Cuando se habla de suicidio, nadie hace caso. Por otro lado, en el ámbito del tráfico se han ido adoptando muchas medidas para prevenir los accidentes: radares, multas y una serie de normativas de seguridad cada vez más actualizadas. Pero en lo que se refiere al suicidio no cabe hablar de multas, y como ra-

dar tan solo se cuenta con el sistema sanitario y su entorno social, para el que es muy difícil abordar un tema tan estigmatizado.

Este punto es de destacar, pues detrás de una persona suicida hay un 80-90% de enfermedad mental, y una ambivalencia total al respecto².

¿Un hecho social o individual?

Los primeros trabajos sobre suicidología los realizó el sociólogo Emile Durkheim³ y tuvieron gran trascendencia, al proponer que el suicidio no es un fenómeno puramente individual, sino también influenciado por razones sociales, hasta el punto de que puede constituir una conducta antievolucionista, limitando la preservación de la especie. Durkheim clasificaba los suicidios en diferentes categorías:

- El suicidio altruista, realizado con la intención de que la sociedad mejore; en algunas culturas este tipo de suicidio se practicaba de forma ritual por razones de orden superior, como en la japonesa, donde el harakiri era una forma de suicidio altruista por razones de honor.
- El suicidio egoísta, que es el que se comete cuando de alguna manera se pretende dejar de sufrir, pero a la vez mandar un mensaje de rabia.
- El suicidio anómico, el más extendido en nuestra sociedad, que es el que se da cuando se pierden las redes sociales, en cuya raíz hay un tema de soledad y, la mayoría de las veces, de enfermedad mental.
- El suicidio fatalista, aquel que comete una persona que se ve incapaz de controlar una situación.

El dolor psicológico

Detrás del suicidio, habitualmente, aparte de enfermedad mental, hay sufrimiento y muchas veces un sentimiento de desesperanza, así como un concepto relativamente novedoso: el dolor psicológico. Igual que se sufre un dolor físico ante un pinchazo o una quemadura, hay unas redes cerebrales que se centran en el dolor psíquico y registran la tristeza, la desesperanza, la ansiedad...

Cada vez hay más corpus doctrinal que señala que el dolor psicológico es un constructo que podría ser útil para evaluar la depresión y la conducta suicida que, a su

vez, se asocia a la depresión. Se están desarrollando en la actualidad diversos estudios que analizan fármacos que son útiles para tratar la depresión y tienen un mecanismo de acción que permite también actuar como analgésico para ese dolor psicológico. En este marco se engloban algunos opiáceos que se están probando en enfermos con depresión. Por ejemplo, la esketamina, un potente analgésico que se emplea en el tratamiento de la depresión, probablemente sea el primer medicamento aprobado con indicación para prevención del suicidio. De hecho, uno de los focos del tratamiento del suicidio es explorar este dolor psicológico y su posible tratamiento.

Estado del arte en investigación de la etiología y retos de la investigación

¿Por qué nos suicidamos?

El suicidio no es una enfermedad, es una conducta. Una conducta con múltiples elementos y compleja, ya que en su génesis intervienen múltiples factores y hay diversos aspectos a contemplar.

- Factores genéticos y ambientales:
1. Si un individuo tiene antecedentes familiares de una muerte por suicidio, tiene una probabilidad cuatro veces mayor de cometer un suicidio que las personas sin antecedentes de este tipo. Es decir, si en la población general la probabilidad suicidio es de 7 por 100.000 habitantes, la de dicho individuo sería de 28/100.000. Cabe destacar que esto explica muy poco de la magnitud del problema, pero se sabe que hay un componente genético que predispone al suicidio.
 2. Los “1.000 días de ORO”, tal como se denomina un período que comprende los días más importantes del desarrollo del ser humano. Estos días corresponden a la gestación (nueve meses) más los dos primeros años de vida, un período vital en el que se produce el desarrollo del cerebro y cuando este es más plástico, de modo que todo lo que sucede en esta época resulta determinante para el futuro de la persona. En realidad, todos los hechos significativos que ocurren en los primeros años de vida tienen implicaciones en el futuro, ya sean de índole positiva o bien, más aún, si son negativos. Por ejemplo, las personas que han sufrido abusos sexuales en la infancia y en la adolescencia tienen más riesgo de suicidio cuando son mayores. Algo que también pasa con los niños que no han desarrollado un buen apego, que presentan una mayor vulnerabilidad, más posibilidades de sufrir una enfermedad mental y, en consecuencia, más riesgo de suicidio.

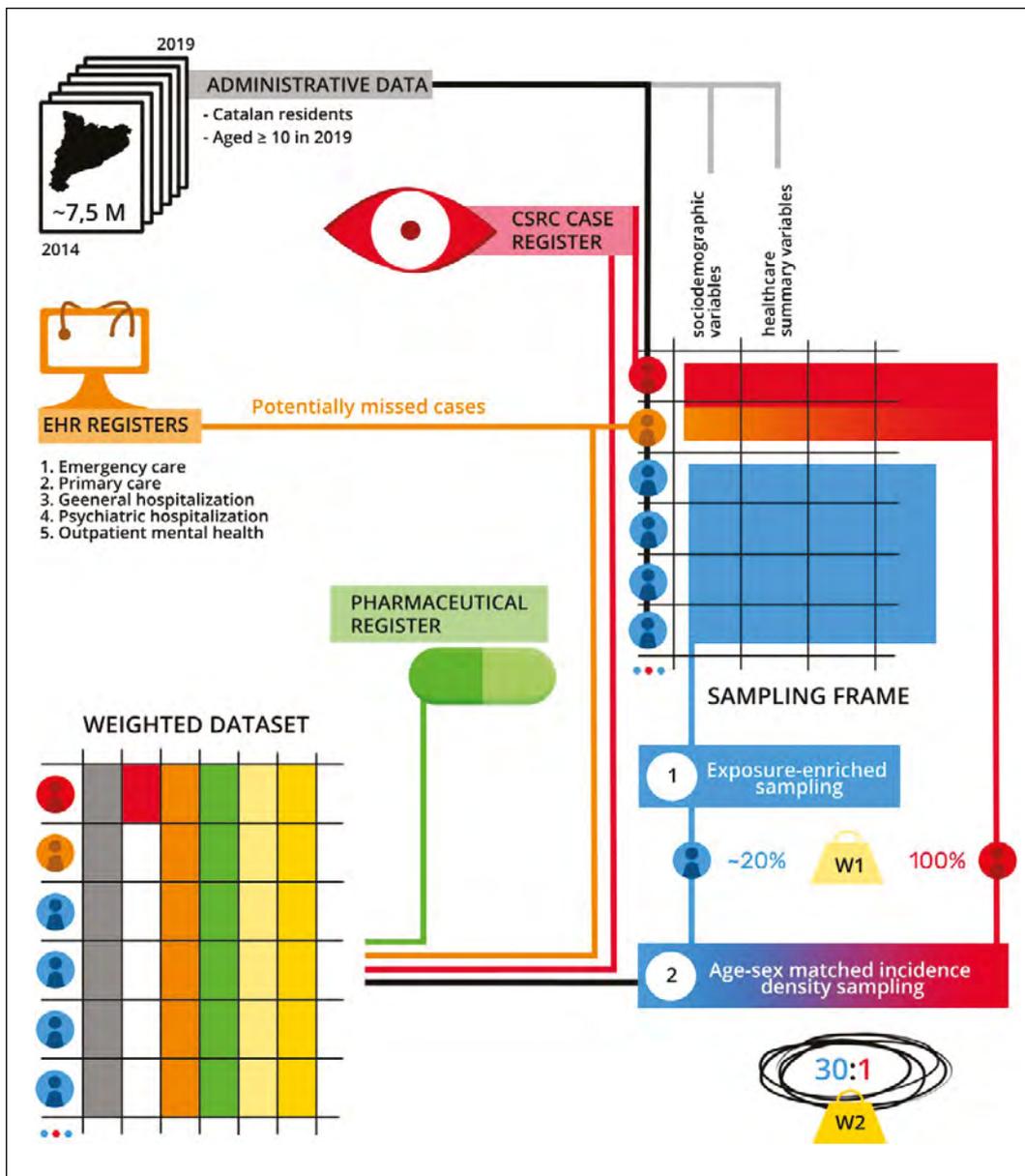
3. La reacción ante el estrés también es un factor importante. Cada persona tiene una cierta capacidad de afrontamiento y de soportar el estrés, lo que se conoce como resiliencia. Esta capacidad ayuda a afrontar los problemas: a mayor capacidad, mejor aguante ante las adversidades, y a menor capacidad, peor afrontamiento del estrés. Los posibles ejemplos para demostrarlo son múltiples, pero basta uno de actualidad: ante la COVID-19, las personas mayores y más resilientes han mostrado un mejor afrontamiento a la situación que las jóvenes.
4. Padecer una enfermedad mental grave es el factor más relacionado con la conducta suicida. Esto es algo a tener presente ante los trastornos de la conducta alimentaria, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión, que es la enfermedad mental más prevalente.
5. Por último, haber intentado previamente suicidarse es el factor de riesgo más importante de morir por suicidio: multiplica por 40 tal posibilidad.

El suicidio ha sido siempre un tema tabú, silenciado, hasta tal punto que algunos autores hablan de *muerte ignorada*.

Retos en la investigación del suicidio

Sin duda, reducir las tasas de suicidio constituye un objetivo de la máxima importancia y al cual se destinan grandes esfuerzos, como la creación de programas de diversa índole y cuyos resultados son desiguales. Aunque cabe destacar que hay países que han logrado reducir las tasas de suicidio después de años de programas de este tipo. La investigación cumple, en este sentido, un papel fundamental, pues en la medida que mejor puedan conocerse los factores involucrados en la conducta suicida mayores serán las probabilidades de elaborar programas de prevención más útiles.

El principal reto, en este aspecto, es llegar a conocer con mayor precisión los factores de riesgo para que una persona cometa un suicidio consumado, algo básico para desarrollar estrategias que ayuden a prevenirlo.



<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7359191/>

Todavía no se ha logrado dar con un biomarcador que alerte sobre la tendencia al suicidio, lo cual constituye todo un desafío para los investigadores. Probablemente ello tenga relación con el hecho de que el suicidio, a pesar de ser un problema relevante y responsable de muchas muertes cada año, es relativamente infrecuente, lo que dificulta la realización de estudios con este propósito. También hay que tener presente que el suicidio, como las enfermedades mentales en general, tiene una etiología múltiple y no una causa única, hecho que reduce mucho la posibilidad de encontrar biomarcadores. De hecho, por ahora ni siquiera se han podido definir grupos homogéneos de personas afectadas para intentar descubrir un biomarcador común.

En clínica sí se cuenta con instrumentos de *screening*, como diferentes escalas, por ejemplo la de Columbia, validadas para evaluar el riesgo de suicidio, aunque su capacidad de predicción es baja. No obstante, permiten detectar personas en riesgo y adoptar medidas de control.

Proyectos e investigación en suicidio

En el ámbito de la prevención del suicidio, lo que se ha constatado es que implementar una intervención única no resulta eficaz, por lo que se considera preciso realizar intervenciones a diferentes niveles. Todas las estrategias que han funcionado, como la estrategia norteamericana *Zero Suicides*⁶, que es la que más repercusión ha tenido.

En Dinamarca también se han desarrollado programas de prevención con éxito: empezaron con unas tasas de suicidio muy altas, de casi 30 por 100.000 habitantes, las más altas de Europa, y después de 10-15 años han conseguido tasas más cercanas a las del resto de Europa, en torno a 10/100.000.

La Alianza Europea

A partir de un programa para la prevención del suicidio iniciado a principios de siglo en Nuremberg,



Foto de Andrew Kambel en Unsplash

Alemania, y que ha ido evolucionando para ampliar sus objetivos, en la actualidad existe la Alianza Europea contra la Depresión (European Alliance against Depression [EADD])^f, un proyecto financiado por la Comisión Europea en el que participan 25 países de la Unión Europea, aunque ahora ya se han sumado Canadá, Australia, Chile y otros países que no pertenecen de la Unión Europea.

La idea de esta Alianza es seguir un modelo llamado *4-Level Approach*, con actuaciones orientadas a profesionales sanitarios de la salud mental, facilitadores comunitarios, pacientes de alto riesgo y la población general, mediante campañas de prevención de riesgos y de información, entre otras actuaciones. La Alianza ha pasado por diferentes fases; inicialmente se realizaron ensayos clínicos para demostrar la eficacia de algunas intervenciones que ahora ya está reconocidas como parte de una estrategia eficaz. En este contexto se desarrolló la herramienta *iFightDepression*, basada en una terapia cognitivo-conductual guiada, traducida a 12 idiomas, que en Cataluña se ha implementado en el Hospital del Mar^g.

De estas experiencias hemos aprendido las intervenciones que pueden ser de gran impacto en la prevención del suicidio.

Control de medios

Una medida que se ha mostrado eficaz es procurar una seguridad adecuada para evitar muertes por suicidio en edificios, puentes, red de metros y trenes.

También es importante asegurar un buen control de las armas, ya que en algunos países, como sucede en EE. UU., la gran mayoría de suicidios se cometen con arma de fuego

Intervención de los médicos de atención primaria

Al analizar todas las muertes por suicidio ocurridas en Cataluña durante un período de tres años, se encontró que el 70% de las personas que se habían suicidado nunca habían ido al psiquiatra, pero cabe destacar que la mayoría habían visitado al médico de atención primaria, y algunas de ellas muchas veces⁴. En este sentido, el médico de atención primaria es esencial para poder actuar a modo de radar.

Medios de comunicación

La sensibilización de los medios de comunicación sobre temas relacionados con el suicidio y la buena práctica a la hora de comunicarlos son aspectos fundamentales. Cada vez hay mejores recomendaciones para que la prensa pueda hablar del suicidio, por ejemplo, nunca hablar del método o “endiosar” al suicida. Se ha de hablar de la realidad del suicidio, de la enfermedad mental, de la lucha de contra el suicidio, nunca del éxito de una persona en su intento de suicidio.

^e <https://zerosuicide.edc.org/>

^f <http://www.eaad.net/home>

^g <https://ifightdepression.com/es/start>

Se debe evitar el efecto Werther, hablando del suicidio de manera inadecuada, siempre teniendo presente el riesgo de imitación. Como el terrible tratamiento que realizó la prensa del suicidio de Kurt Cobain al hablar de “el cuerpo más hermoso del cementerio”, hecho que provocó una sucesión de suicidios. Por el contrario, el efecto Papageno, que se consigue abordando la información de manera respetuosa y cuidadosa, empatizando con el potencial suicida, disminuye el riesgo.

Referentes sociales y políticos

También es importante poder contar con políticos, actores, músicos, deportistas y personas reconocidas en general que estén sensibilizados sobre este tema y puedan colaborar en programas de prevención. Más aún cuando se hayan visto afectados por algún suceso suicida en su entorno, pues su testimonio puede ayudar a concienciar a la sociedad.

Programas para enfermos de alto riesgo

Es muy importante ofrecer a las personas que ya han tenido tentativas de suicidio algún programa específico de seguimiento a fin de evitar que repitan el intento. Las principales actuaciones en este sentido se están haciendo en grupos de alto riesgo. Sin embargo, para ello es fundamental detectar a dichas personas de riesgo, y con esta finalidad se están desarrollando distintos proyectos.

Dentro de los proyectos europeos, hay uno centrado en los “gatekeepers”, tal como se designa a personas que tienen una gran implantación en la sociedad y se consideran facilitadores comunitarios, evaluando cuáles son las profesiones más adecuadas para detectar el riesgo de suicidio en compañeros o en clientes. Se determinó que los profesionales más adecuados son aquellos que cono-

cen a los clientes, que son capaces de detectar cambios y que tienen tiempo para hablar con ellos, como es el caso de peluqueros y peluqueras o camareros de pubs^h.

El Instituto de Salud Carlos III está desarrollando un estudio sobre prevención e intervención en suicidio, el proyecto SURVIVEⁱ, en el que participan 10 centros con el objetivo de reclutar una cohorte de 2.000 enfermos que han realizado tentativas de suicidio y ofrecerles intervenciones de baja intensidad. Estas intervenciones son variadas, una consiste en seguimiento telefónico, otra en psicoterapia online con un módulo específico de prevención del suicidio (“iFightDepression”) y otra infantojuvenil, basada en psicoeducación, que ha demostrado ser eficaz en niños y adolescentes.

En estos momentos se está realizando el proyecto EAAD-BEST^j, que tiene como objetivo principal mejorar la atención a los pacientes con depresión y prevenir la conducta suicida en Europa. En este proyecto se está evaluando cómo se pueden implementar las actuaciones en cinco países europeos que no tienen experiencia con la Alianza y en otros tres países europeos en los que se han implementado en determinadas áreas y se pretende ampliar la actuación en el resto del territorio. Desde el CIBERSAM lideramos el WP7, en países donde ya está implementado. En España se implementa en Valencia, Sevilla y Galicia, y un lugar donde se quiere implementar es en Alcalá la Real (el pueblo con las tasas de suicidio más altas de España, de 30 por 100.000 habitantes).

^h <http://eaad.net/home>

ⁱ <https://www.surviveproyecto.com/>

^j <https://eaad-best.eu/>



Foto de LinkedIn Sales Solutions en Unsplash

Código Riesgo Suicidio

En el marco de la Alianza, se hicieron proyectos pilotos en Sabadell y en Barcelona, comprobando en el seguimiento de las personas que habían cometido una tentativa de suicidio que la actuación permitía que la variable más importante, el tiempo hasta una eventual repetición del intento, disminuyera.

En 2014 empezamos a trabajar con el Código Riesgo Suicidio^k (CRS), y ahora ya hay más de 20.000 personas registradas, con la incorporación de unas 5.000 al año. Cabe indicar que antes de la implementación del CRS, de todas las personas que acudían a Urgencias a raíz de un intento de suicidio solo una de cada cuatro se sometía a un seguimiento por parte de los profesionales de salud mental. El CRS permite detectar a estas personas de riesgo, registrarlas y darles una hora de visita automáticamente, antes de 10 días si se trata de una persona adulta y antes de 3 días si es un menor.

Detrás del suicidio,
habitualmente, aparte
de enfermedad mental,
hay sufrimiento y
muchas veces un
sentimiento de
desesperanza, así
como un concepto
relativamente
novedoso: el dolor
psicológico.

La respuesta del CRS es muy positiva: casi el 90% de los casos de niños y adolescentes se visitan antes de los 3 días y alrededor del 76% de los casos de adultos lo hacen antes de los 10 días. De momento, no sabemos si hemos evitado algún suicidio, porque para ello han de pasar muchos años, pero sí podemos decir que el circuito y el sistema están funcionando y que la inmensa mayoría de los enfermos tienen la opción de visitarse,

a pesar de que algunos prefieran no hacerlo y otros ya cuenten con su psiquiatra privado, o no quieren que su familia se entere.

El segundo paso que realiza el CRS es hacer una llamada telefónica al enfermo al cabo de un mes para preguntar por su estado y verificar si ha podido contactar con el servicio asignado, para, de comprobar que no es así, volver a activar el CRS.

Conclusión

La dimensión social del suicidio justifica todo esfuerzo que se haga en pro de su prevención. Y la investigación que se lleve a cabo con este propósito cumple un papel fundamental, pues puede aportar algunas claves para intentar afrontar mejor el problema. En este sentido, la cooperación entre los diversos profesionales, instituciones y organismos implicados adquiere una máxima relevancia, puesto que solo el esfuerzo aunado podrá proporcionar los elementos y recursos apropiados para tal fin. Es fundamental seguir trabajando en los proyectos ya iniciados y no cejar en el empeño de diseñar e implementar nuevos programas que permitan aprovechar las herramientas que va aportando la investigación en este campo.

Bibliografía:

1. Mortier, P., Vilagut, G., Puértolas Gracia, B., De Inés Trujillo, A., Alayo Bueno, I., Ballester Coma, L., Blasco Cubedo, M. J., Cardoner, N., Colls, C., Elices, M., Garcia-Altes, A., Gené Badia, M., Gómez Sánchez, J., Martín Sánchez, M., Morros, R., Prat Pubill, B., Qin, P., Mehlum, L., Kessler, R. C., Palao, D., ... CODIRISC Epidemiology Study Group (2020). Catalonia Suicide Risk Code Epidemiology (CSRC-Epi) study: protocol for a population-representative nested case-control study of suicide attempts in Catalonia, Spain. *BMJ open*, 10(7), e037365. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037365>.
2. Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*, 33(3), 395-405. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006943>.
3. Durkheim Émile. *Le Suicide, étude de sociologie*. París, 1897.
4. Pérez, V., Elices, M., Prat, B., Vieta, E., Blanch, J., Alonso, J., Pifarré, J., Mortier, P., Cebrià, A. I., Campillo, M. T., Vila-Abad, M., Colom, F., Dolz, M., Molina, C., & Palao, D. J. (2020). The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide. *J Affec Disord*, 268, 201-5. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.009>

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@clustersalutmental.com
Para contactar directamente con el autor:
Víctor Pérez - vperezsola@psmar.cat

^k<https://codirisc.org/intervencion-crs>

Prevención del suicidio para personas mayores

Pilar Solanes

Directora
Servicios de
Envejecimiento y Cuidados
Área de Derechos Sociales, Justicia Global,
Feminismos y LGTBI
Ayuntamiento de Barcelona



Lidia Ametller

Técnica
Servicios de
Envejecimiento y Cuidados
Área de Derechos Sociales, Justicia Global,
Feminismos y LGTBI
Ayuntamiento de Barcelona



El suicidio es en la ciudad de Barcelona la principal causa de muerte en varones de entre 15 y 44 años (Informe de Salud de la Agència de Salut Pública de Barcelona [ASPB] de 2017), y en estos últimos tiempos, después del inicio de la pandemia de COVID-19, el número de tentativas de suicidio en la población menor de 18 años se ha incrementado un 250%, según el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

La prevención del suicidio ha sido la asignatura olvidada, y hasta hace pocas semanas no existía ningún plan de prevención del suicidio en Cataluña. Actualmente, tanto el Estado como la Generalitat han impulsado, respectivamente, planes de prevención del suicidio.

Barcelona elaboró en 2016 el primer Plan de Salud Mental¹ impulsado en una ciudad. Este plan, coconstruido con los diferentes agentes de la ciudad que trabajan por la mejora de la salud mental y el bienestar emocional de la ciudadanía, pretende ser la hoja de ruta de la ciudad con el objetivo de prevenir y mejorar la salud mental de los/las barceloneses/as. Consta de 4 líneas estratégicas, 11 objetivos y 111 acciones concretas que se van implementando progresivamente desde el año 2016.

Una de las líneas de acción del plan es trabajar para la prevención del suicidio en la ciudad, línea que se priorizó en el año 2019 en la Comisión de Seguimiento del plan y en la que se empezó a trabajar constituyendo la Red de prevención del suicidio de Barcelona (Xarxa de Prevenció del Suïcidi) en marzo de 2020, justo antes del confinamiento por la pandemia de COVID-19. Esta red está constituida por los diferentes actores de la ciudad que trabajan, directa o indirectamente, por la prevención del suicidio. Entre otros son: el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, la Guardia Urbana de Barcelona, los Mossos d'Esquadra, el Centro de Urgencias y Emergencias Sociales de Barcelona, la Asociación Después del Suicidio-Asociación de Supervivientes, la Asociación Catalana de Prevención del Suicidio, la Fundación Ayuda y Esperanza, la Agencia de Salud Pública de Barcelona, etc.

En esta primera reunión de constitución de la Red de prevención del suicidio de Barcelona se aprobó un

¹ https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-sdocuments/pla_salut_mental.pdf



documento de bases de una Estrategia de prevención del suicidio en Barcelona, que seguía las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cualquier estrategia local de prevención del suicidio.

También se aprobaron las primeras acciones a implementar, que fueron un teléfono de prevención del suicidio y dos puntos de atención a familias y entorno inmediato de, por un lado, supervivientes a un suicidio y, por el otro, personas con ideación y conductas de riesgo.

Estas primeras actuaciones vieron acelerada su puesta en marcha con motivo de la llegada de la pandemia de COVID-19 y el confinamiento, ya que los profesionales expertos en salud mental alertaron de que, a pesar de que el número de suicidios se estancase durante el confinamiento, se esperaba un rebrote de problemas de salud mental que implicaría también un incremento importante de intentos de suicidio.

Teléfono de prevención del suicidio

El Teléfono de prevención del suicidio de Barcelona² es un teléfono municipal que está gestionado conjuntamente con la Fundación Ayuda y Esperanza³, encargada también de gestionar el Teléfono de la Esperanza, y que sigue un modelo inspirado en el de otras ciudades y países, en el cual las llamadas son atendidas por personas voluntarias seleccionadas y formadas específicamente (orientadores y orientadoras).

El teléfono atiende llamadas tanto de personas con ideación o conducta suicida como de familiares y del entorno de estas personas. Orientadores y orientadoras trabajan mediante la escucha activa, acompañan situaciones de sufrimiento emocional y vinculan a las personas que atienden a los recursos más adecuados

por la situación que explican cuando lo creen necesario (salud mental, servicios sociales, entidades de prevención del suicidio y atención del superviviente, etc.). En caso de tratarse de un suicidio en curso o inminente, se activan los servicios de emergencias médicas.

El Teléfono de prevención del suicidio de Barcelona es un teléfono municipal que está gestionado conjuntamente con la Fundación Ayuda y Esperanza

Hablar del suicidio es vital y es una medida que hemos tomado decididamente. Por lo tanto, las campañas de comunicación del teléfono y de los puntos de atención a familiares visualizan el lema “*Hablar puede salvar vidas, llámanos*”⁴.

Cifras

En el período de aproximadamente un año desde que impulsamos el teléfono se han atendido 3.829 llamadas vinculadas estrictamente con el suicidio. Cabe destacar que el 14% de las llamadas fueron de personas de más de 60 años de edad. El 49,5% fueron llamadas de Cataluña, el 31% de la ciudad de Barcelona y el 19,5% del resto de España.

Estas 3.829 llamadas eran de personas con ideación suicida o de familiares y amigos del entorno de una persona que había intentado suicidarse o bien que hablaba constantemente de la muerte. Es muy importante atender al entorno, ya que, cuando se produce un suicidio, según la OMS, se estima que quedan afectadas unas 20 personas del entorno inmediato de la víctima. Y estas

² <https://www.oroj.info/>

³ <https://www.eywa.space/>

⁴ <https://broomx.com/es>

personas, a su vez, tienen un alto riesgo de cometer un suicidio.

Un total de 109 de estos casos fueron asistencias a suicidios inminentes o suicidios en curso. Es decir que se activó el 061 o el 112 para que hiciesen el rescate, o bien el orientador u orientadora recondujo la situación para garantizar la seguridad de la persona.

Más acciones

En este sentido también se ha puesto en marcha, junto con *Después del Suicidio, asociación de supervivientes*⁵ un espacio dentro de Barcelona Cuida⁶ donde se atiende y acompaña a personas supervivientes a un suicidio, es decir, personas que han tenido la pérdida por esta causa de un/a familiar y/o de alguien de su entorno inmediato. El punto de atención individual está abierto tres veces a la semana y también se hacen grupos de apoyo.

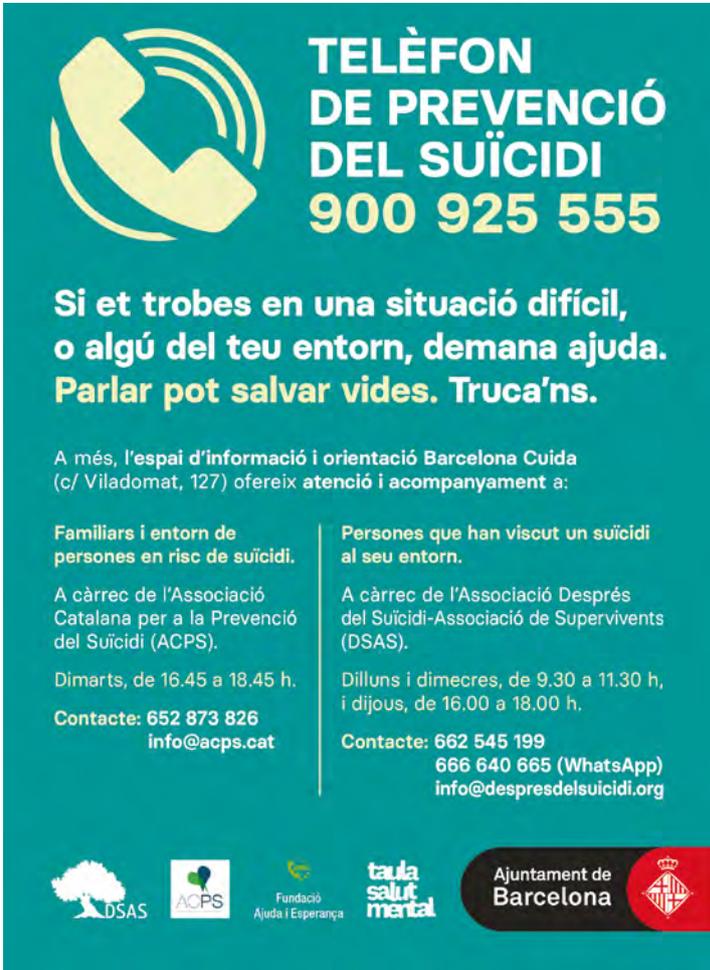
Nuestro compromiso como Ayuntamiento de Barcelona es seguir trabajando intensamente en la prevención del suicidio, tal y como estamos haciendo por la mejora del bienestar psicológico de la ciudadanía.

También se dispone de un espacio dentro de Barcelona Cuida donde la Asociación Catalana de Prevención del Suicidio⁷ atiende y orienta a personas que tienen un familiar o amigo/a que manifiesta ideación suicida. El objetivo es asesorar sobre cómo pueden ayudar a la persona en cuestión.

⁵ <https://www.despresdelsuicidi.org/ca/inici/>

⁶ <https://www.barcelona.cat/ciutatcuidadora/es/espacio-barcelona-cuida/que-es>

⁷ <https://acps.cat/>



TELÈFON DE PREVENCIÓ DEL SUÏCIDI 900 925 555

Si et trobes en una situació difícil, o algú del teu entorn, demana ajuda. Parlar pot salvar vides. Truca'ns.

A més, l'espai d'informació i orientació Barcelona Cuida (c/ Viladomat, 127) ofereix atenció i acompanyament a:

Familiars i entorn de persones en risc de suïcidi.	Persones que han viscut un suïcidi al seu entorn.
A càrrec de l'Associació Catalana per a la Prevenció del Suïcidi (ACPS).	A càrrec de l'Associació Després del Suïcidi-Associació de Supervivents (DSAS).
Dimarts, de 16.45 a 18.45 h.	Dilluns i dimecres, de 9.30 a 11.30 h, i dijous, de 16.00 a 18.00 h.
Contacte: 652 873 826 info@acps.cat	Contacte: 662 545 199 666 640 665 (WhatsApp) info@despresdelsuicidi.org

DSAS ACPS Fundació Ajuda i Esperança taula salut mental Ajuntament de Barcelona

Nuestro compromiso como Ayuntamiento de Barcelona es seguir trabajando intensamente en la prevención del suicidio, tal y como estamos haciendo por la mejora del bienestar psicológico de la ciudadanía. Con la llegada de la pandemia de COVID-19 y el consecuente confinamiento se pusieron en marcha dos planes de choque para paliar las posibles consecuencias de esta situación sobrevenida en la población.

El primer plan de choque, con una duración de un año (2020), implicó el desarrollo y la implementación de una serie de acciones, que ya fueron evaluadas.

En mayo de 2021 se elaboró el segundo plan de choque a partir de la evaluación del primero y de la información sobre las necesidades detectadas por los diferentes agentes de la ciudad que trabajan por la salud mental de la población, a través de las mesas de salud mental de los distritos (actualmente ya disponemos de una mesa por distrito donde se articulan acciones de salud mental en el propio territorio). Este segundo plan de choque fue aprobado por una Medida de Gobierno, y uno de sus 10 retos es el de acelerar el impulso de la Estrategia de prevención del suicidio mediante la Red de prevención del suicidio de Barcelona y focalizar los esfuerzos en la población más joven, poniendo en marcha un canal directo 24 horas/365 días para la preven-

ción del suicidio específicamente en jóvenes. Aparte de esta acción se irán priorizando otras acciones para ir desarrollando la estrategia.

Prevención del suicidio en personas mayores

Desafortunadamente no se tiene constancia de un plan de prevención del suicidio exclusivo para personas mayores. Si existiera, se trataría de una iniciativa aislada.

El Ayuntamiento de Barcelona desarrolla diferentes medidas de acción destinadas a la mejora del bienestar de la población de personas mayores en general y concretamente orientadas a mejorar su bienestar emocional y psicológico. De esta manera se está contribuyendo a la prevención del suicidio en este colectivo.

A propósito del bienestar emocional de las personas mayores

En Barcelona, en el año 2018 había 349.433 personas de 65 años o más, según el padrón de habitantes; es decir, un 21,4 % de la población. Y se calcula que en 2030 casi uno de cada tres habitantes de Barcelona tendrá 60 años o más. Con el objetivo de anticiparnos al proceso de cambio demográfico y de envejecimiento de la población, se ha elaborado la Estrategia sobre cambio demográfico y envejecimiento⁸. Esta estrategia se articula alrededor de cuatro ejes temáticos: derecho a la ciudad a lo largo de la vida; convivencia intergeneracional en una ciudad amigable; envejecimiento activo: aportar y disfrutar de la ciudad, e investigación y planificación para un cambio demográfico con equidad.

Por otro lado, y con la misión de interesarnos por el bienestar emocional de las personas mayores (entre 70 y 84 años de edad) no vinculadas a servicios municipales durante el contexto de la pandemia de COVID-19 y el confinamiento, se impulsó el proyecto “¿Cómo está?”. Entre otros, los objetivos de este proyecto fueron conocer el estado emocional y detectar situaciones de soledad, sufrimiento psicológico y riesgo de suicidio del colectivo descrito y, si era necesario, dar información de los recursos de apoyo emocional.

Este proyecto consistió primero en realizar llamadas telefónicas automáticas a 53.382 personas solicitando que manifestaran su voluntad de ser contactadas perso-

nalmente, y a las que respondieron afirmativamente se realizaron llamadas personales (7.961) preguntando por su estado emocional y psicológico, la situación de aislamiento, etc. De estas, el 3,6% (164) fueron derivadas a atención psicológica específica. También se intentaba vincular a las personas a diferentes servicios específicos según la situación que refirieran, por ejemplo, a la Teleasistencia, la Fundación Avismón, los Servicios Sociales Básicos, Amics de la Gent Gran, RADARS, Vincles, etc.

Los recursos a los que hacemos referencia tienen como objetivo mejorar el bienestar de las personas mayores desde diferentes perspectivas.

El programa
RADARS es un
proyecto comunitario
impulsado por los
Servicios Sociales
del Ayuntamiento
de Barcelona con el
objetivo de abordar
los efectos de la
soledad no querida y
prevenir situaciones
de riesgo de las
personas mayores.

El programa RADARS⁹ es un proyecto comunitario impulsado por los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Barcelona con el objetivo de abordar los efectos de la soledad no querida y prevenir situaciones de riesgo de las personas mayores. La metodología de trabajo consiste en la creación de una red de barrio en la que los vecinos y vecinas, los comercios y las farmacias están atentos a la dinámica diaria de las personas mayores y, si detectan algún cambio importante, alertan a RADARS y desde Servicios Sociales se valora si es necesaria su intervención.

⁸ https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/2018_estrategiaenvelliment_es_acc.pdf

⁹ <https://ajuntament.barcelona.cat/serveissocials/es/canal/projecte-daccio-comunitaria-radars>

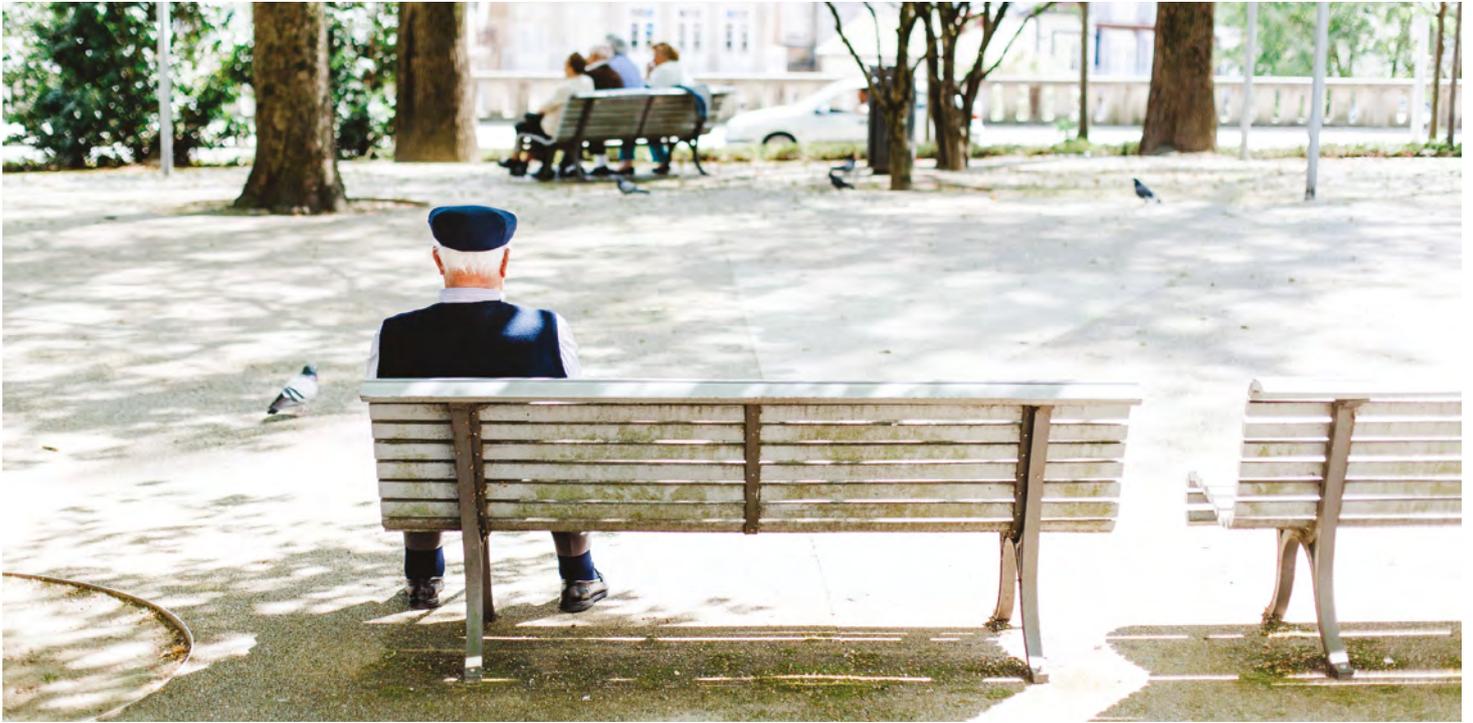


Foto de Bruno Martins en Unsplash

Por otro lado, el servicio de Teleasistencia es un servicio de atención domiciliaria que permite a la persona usuaria estar conectada a un equipo de profesionales las 24 horas, cada día del año, para avisarlos en caso de necesidad o urgencia. Se establecen tres niveles de atención (básico, medio y alto), lo que determinará la frecuencia de las llamadas de seguimiento. Estas llama-

Otra línea que dispone el Ayuntamiento de Barcelona son los apartamentos con servicios dirigidos a personas mayores. Estos apartamentos son de alquiler (según las condiciones sociales de cada persona)

¹⁰ http://www.avismon.org/Home/_H4QS29qxa73g7PIPnijS75Iksj-2gTbyiNIQ_UTmajNLSS8eEp2OJHQ

¹¹ https://amigosdelosmayores.org/ca?gclid=CjwKCAjwz5iMBhAEEi-wAMEAwGFfCLYFIVmB5sGcdiittEfgcKITcE1rUik3uEGjdpG8e_I6zr-VWSxoCRYsQAvD_BwE

das se reforzaron durante el confinamiento con el objetivo de detectar situaciones de sufrimiento emocional y psicológico.

Otra línea que dispone el Ayuntamiento de Barcelona son los apartamentos con servicios dirigidos a personas mayores. Estos apartamentos son de alquiler (según las condiciones sociales de cada persona), están adaptados para las personas mayores y disponen de una serie de servicios comunes (conserjería, mantenimiento...) y otros servicios de ayuda que durante la pandemia han permitido intensificar las relaciones y velar también por su bienestar emocional.

En la ciudad hay entidades, como Avismón¹⁰ y Amics de la Gent Gran¹¹, que hacen una gran labor en lo referente al bienestar de las personas mayores y que reciben el soporte del Ayuntamiento mediante las líneas de subvenciones.

En conclusión, la prevención del suicidio ha de ser una prioridad de todas las instituciones y organizaciones. Este siempre ha sido un tema tabú y creemos que es primordial romper el silencio y abordarlo de cara, elaborando conjuntamente hojas de ruta y objetivos comunes, cada institución y organización desde su posición y competencias.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:

brains@clustersalutmental.com

Para contactar directamente con los autores:

Pilar Solanes - psolaness@bcn.cat

Lidia Ametler - lametller@bcn.cat

Reflexiones acerca de la tecnología en la prevención del suicidio

Nicole K. Haber Eterovich

Responsable del Observatorio del Suicidio
Coordinadora del Proyecto Autonómico de Prevención de la Conducta Suicida
Psicóloga clínica
Servei de Salut de les Illes Balears



Oscar Ezinmo

Técnico del servicio de proyectos del Departamento de Tecnología de la Información y Comunicaciones (DTIC), del Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut)



Elisa Martin

Directora del área de Salud del Instituto de Ingeniería del Conocimiento (IIC)



La prevención del suicidio es un objetivo de primer orden que puede salvar la vida cada año a 3.671 personas en España y aliviar el sufrimiento de los casi 22.000 supervivientes que generan esas víctimas (se estima que por cada víctima hay seis personas allegadas afectadas¹), según cifras ofrecidas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2019². Unas cifras alarmantes, máxime cuando se hacen ciertas comparaciones: en la actualidad, se considera que se producen la mitad de muertes por accidentes de tráfico que por suicidio³.

Si se presta atención a las fuentes de esas cifras, se puede apreciar que el número de víctimas por accidentes de tráfico se ha reducido casi un 80% en 30 años, mientras el número de víctimas por suicidio se mantiene prácticamente igual. Es inevitable preguntarse qué ha pasado y cómo poder revertir también las cifras de las muertes por suicidio.

Es evidente que las campañas de prevención de la Dirección General de Tráfico (DGT) han tenido mucho que ver, pero también todas las normativas de circulación y las mejoras en seguridad y prevención en carreteras que se han ido implementando, así como el desarrollo de la tecnología de los vehículos que permiten hacerlos más seguros. Entonces, ¿por qué no se llevan a cabo actuaciones similares en prevención del suicidio?

¹ Reina, P. ed., 2014. El asociacionismo en la postvención de supervivientes al suicidio. En: Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida, 2ª ed. Fundación Salud Mental España, pp.951-64.

² <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=10803>

³ <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10803>

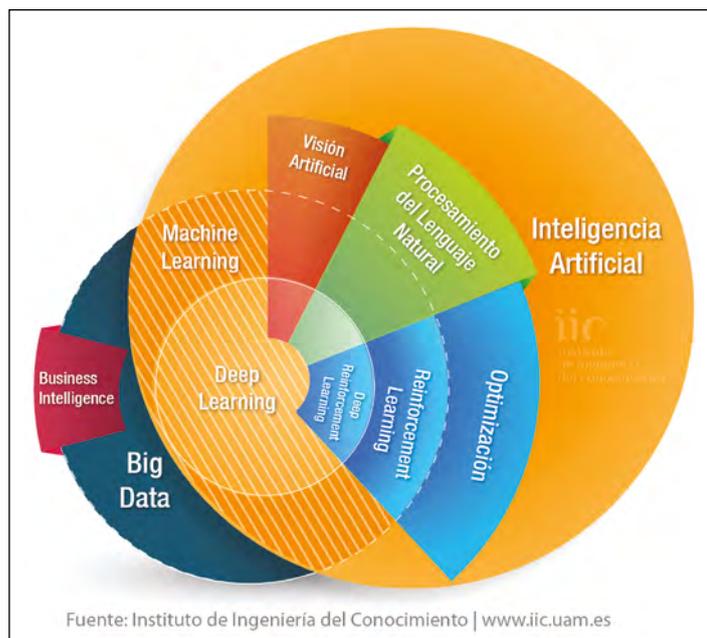
Este artículo expone una serie de reflexiones sobre el papel de las tecnologías en la ecuación de la prevención del suicidio.

Tecnologías aplicadas en la prevención del suicidio

Procesamiento del lenguaje (IA)

Las palabras que se seleccionan al hablar o al escribir dicen mucho de nosotros, expresan diferentes áreas de la personalidad, los sentimientos y el estado de ánimo. Es por eso que una de las tecnologías que puede ayudar, y que ya se está utilizando de alguna manera en diferentes soluciones, es el procesamiento del lenguaje.

Dentro del área de la Inteligencia Artificial (IA) hay una disciplina concreta, el procesamiento del lenguaje, que ayuda a que un sistema, un ordenador, sea capaz de entender e interpretar el lenguaje de las personas. En esta interpretación, el sistema puede ser capaz de identificar palabras clave relacionadas con un tema concreto, por ejemplo el suicidio, o construcciones de frases que también estén indicando una intención o un estado de ánimo.



La utilización de las técnicas del procesamiento del lenguaje puede servir para capturar automáticamente evidencias en una conversación, igual que un psicólogo captura las evidencias a través de la conversación que tiene con las personas e identifica las palabras clave o formas de construir las frases. Este sistema se puede utilizar en teléfonos de ayuda o en conversaciones mantenidas en las redes sociales de tal forma que aporte tales evidencias y sirva como herramienta preventiva. Por ejemplo, en redes sociales ya se aplican estas tecnologías en forma de pop-ups o ventanas emergentes que advier-

ten a los usuarios si tienen problemas y les ofrecen unas indicaciones básicas para que pueda recibir ayuda.

El proyecto STOP (Suicide Prevention in Social Platforms) de la Universidad Pompeu Fabra⁴ busca identificar, a través del procesamiento del lenguaje, evidencias en las redes sociales para lanzar campañas de concienciación sobre el tema del suicidio. Esta aplicación hace un perfilado de la información que se está generando en las redes sociales, y a través de este perfilado puede agrupar y activar campañas de concienciación dirigidas, dependiendo del riesgo de suicidio identificado, para hacer un efecto llamada. Es decir, para que las personas identificadas se acerquen a la ayuda.

En una colaboración de investigación del Instituto de Ingeniería del Conocimiento (IIC) con el Departamento de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid se proyectó un chatbot capaz de realizar un triaje cuando se realiza una llamada por primera vez al psicólogo. Durante las primeras fases de pruebas se pudo identificar, a través de palabras clave y de ciertas construcciones de frases, si la persona que utilizaba el servicio tenía un riesgo de suicidio, para así canalizarla hacia la atención del psicólogo clínico.

Aplicaciones móviles

Las aplicaciones móviles también pueden resultar útiles para la prevención del suicidio, teniendo en cuenta que los teléfonos móviles representan en la actualidad algo vital para el día a día. Se trata de herramientas muy potentes a la hora de ayudar y de hacer seguimiento a los pacientes en ciertas situaciones, sobre todo a los pacientes jóvenes.

Sin duda, las apps constituyen una tecnología que puede ayudar mucho en el ámbito de la Salud Mental gracias a su penetración social. No obstante, habría tener cuidado con el peligro de adicción al móvil, aunque con un uso bien dosificado y con las medidas adecuadas serían un gran coadyuvante.

Esta tecnología permite un seguimiento a distancia. Son sobre todo herramientas que pueden servir a los jóvenes. El Ajuntament de Barcelona habilita un proyecto de activación de líneas de WhatsApp para jóvenes para ayudar a prevenir el suicidio. También hay aplicaciones como PREVENSUIC⁵, completamente

⁴ <https://www.rtve.es/play/videos/parlamento/parlamento-reportaje-proyecto-stop-prevenir-suicidio-17-07-2021/6002501/>

⁵ <https://www.prevensuic.org/>

gratuita, que permite entrar como médico o como persona afectada. Esta aplicación permite al médico informarse o realizar cuestionarios, ofreciéndole cierta guía sobre qué hacer con el paciente, y también permite a las personas afectadas (paciente, vecino, amigo, familiar...) saber qué hacer en ese caso. Aparte, permite al médico y al paciente hacer un plan de prevención, por ejemplo poner los números de las personas a llamar si el paciente tiene ideación de suicidio, poner fotografías de lo que más lo aferra a la vida, frases motivadoras que el propio paciente trabaja previamente, etc. Herramientas que puedan ayudar a salir del bucle de ese momento.

Las aplicaciones móviles también pueden resultar útiles para la prevención del suicidio, teniendo en cuenta que los teléfonos móviles representan en la actualidad algo vital para el día a día.

Recopilación y protección de datos

Trabajar con datos implica recopilar datos, y ello implica cumplir con las leyes de protección de datos; si a esto se suma que se trabaja en una ciencia no exacta y que se precisa encontrar patrones de lenguaje que puedan evidenciar ideaciones suicidas, será necesario recopilar cantidades de datos muy elevadas. Pero, ¿cómo se puede recopilar datos respetando la privacidad y cumpliendo con las leyes de protección de datos? La recopilación de datos no ha de implicar ir directamente al individuo, sino que sea el individuo quien se acerque a la información. Facilitar unas herramientas y que a través de estas las personas se acerquen a la ayuda ofrecida; este debería de ser el modelo de aproximación adecuado, ya que de lo contrario se presentaría con total evidencia un problema ético. Si consideramos los ejemplos citados en este mismo artículo, podremos ver que todos tienen la función de comunicar en un ámbito concreto y desde esa comunicación dar la posibilidad al individuo de captar la ayuda que necesita. Por otro lado, todas las herramientas de este tipo deben estar absolutamente construidas junto

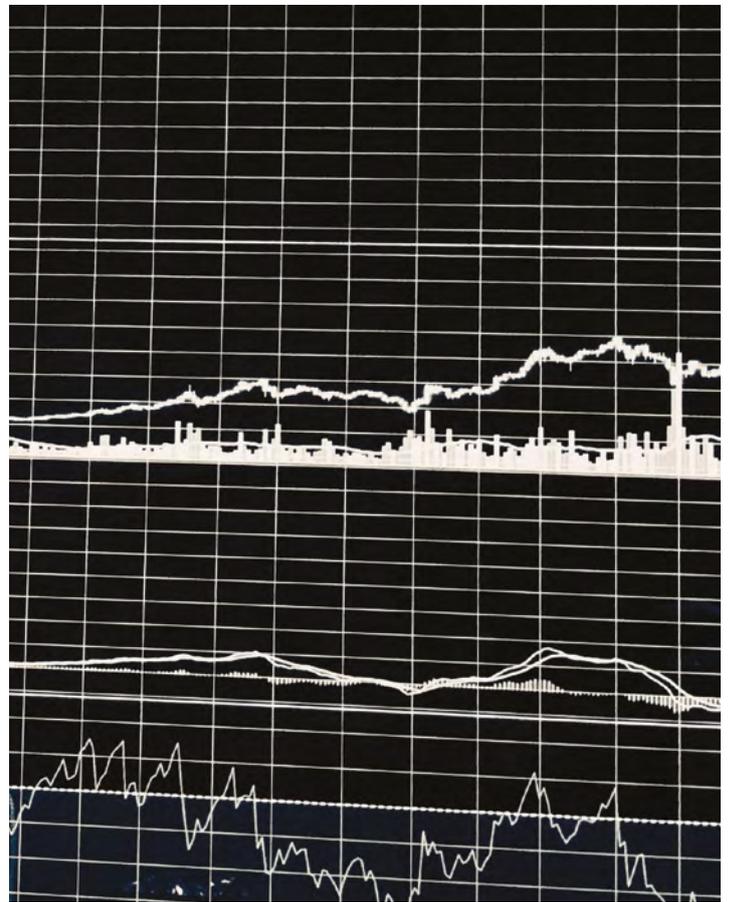


Foto de Chris Liverani en Unsplash.

a los psiquiatras y psicólogos, ya que son estos quienes realizarán el seguimiento y no el sistema de IA.

La confidencialidad de los datos también presenta un dilema ético. Y ya se está dando hoy en día. Por un lado, las personas solemos renunciar a mucha de la privacidad de nuestros datos, aceptando todas las cláusulas de protección de datos sin mirarlas; por otro lado las organizaciones deberían de ser más transparentes a la hora de formular las cláusulas de participación de los programas de Salud Mental. Si no se tienen en cuenta estas cuestiones, se tiende a crear herramientas por el bien de los pacientes, pero sin que los propios pacientes hayan participado, incluso sin que ni siquiera hayan podido optar a participar. Los pacientes no saben que se pueden haber cruzado datos de entrevistas clínicas (estado físico, cosas que haya escrito, cosas que haya dicho). La participación de las asociaciones de pacientes es también otro pilar de la construcción de los sistemas de apoyo a la prevención de suicidios.

Es posible que si se informara a los pacientes de que esto existe, la inmensa mayoría dirían que lo aceptan, al igual que se suelen aceptar todas esas cláusulas de protección de datos sin mirarlas. Lo aceptarían si entendieran lo que se les ofrece, pero no solo basta con que se acepten las cláusulas, sino que también se requiere que las organizaciones hagan el uso más responsable

posible, utilizando los datos únicamente para los fines para los que han sido recogidos. Tener una idea que se crea imprescindible y utilizar datos para desarrollarla sin que nadie lo haya autorizado expresamente, o que una ley permita saltarse todas las otras leyes de privacidad, genera una mayor problemática legal y ética.

El dilema ético de para qué se usan los datos empieza por los pocos comités éticos que se disponen para todo lo que se hace, y en temas de Salud Mental debería brindarse un cuidado extra a la hora de implementar según qué herramientas.

Un cambio conlleva otro cambio, y como tecnológicamente es posible avanzar, se genera también reglamentación y se avanza con los procesos de control para que vayan evolucionando y a la vez que vayan protegiendo, y permitan evolucionar. Y ese empuje es importante, porque permite descubrir que hay nuevos tipos de procesos que son relevantes. En el mundo de la IA, por ejemplo, los procesos tanto de los comités éticos como los de validación son vitales y muy relevantes en lo referente al comportamiento del modelo.

La Food and Drug Administration (FDA) aprobó el año pasado más de 30 algoritmos^{6,7} (básicamente modelos aplicados a la salud) en el área médica⁸, validados como se hace con los productos médicos. Hecho que demuestra que la evolución no solo debe ser tecnológica, sino también institucional y cultural.

Ciertamente, este es un tema transversal, pero debe tomarse aun más en serio en el ámbito de la Salud Mental. En medicina, los procesos están muy protocolizados, pero en Salud Mental no hay la costumbre de crear estos procesos, o por lo menos no hay tantos procesos. Es cierto que no es tan matemático como la biología, pero sí se pueden evidenciar ciertos patrones que permiten decantarse por el proceso más adecuado. De hecho, estos procesos se implementan, pero no están escritos.

⁶ <https://www.fda.gov/media/145022/download>

⁷ <https://medicalfuturist.com/fda-approved-ai-based-algorithms/>

⁸ <https://www.fda.gov/medical-devices/software-medical-device-samd/artificial-intelligence-and-machine-learning-software-medical-device>

Obstáculos del uso de las tecnologías en prevención del suicidio

Hay diferentes obstáculos que interfieren en este tipo de soluciones para la prevención del suicidio:

- **La visión:** aquello que impide concebir herramientas que puedan ayudar en cosas que tradicionalmente se han hecho analógicamente.
- **La falta de tiempo:** la sobrecarga laboral de los clínicos, que les impide poder disponer de mucho tiempo para poder dedicar a las tecnologías.
- **La capacidad de ser consciente de que no todas las herramientas sirven:** se evalúa muy poco las mejoras que aportan las tecnologías. A veces se invierte mucho tiempo registrando datos, pero luego la tecnología se queda ahí. Un clínico no debería gastar el poco tiempo que dispone por paciente a rellenar formularios, sino aprovecharlo para poder estar atento al paciente.
- **La seguridad y la privacidad:** más que un obstáculo, serían cuestiones a resolver. Es decir, igual que se resuelve, por ejemplo, el tema del modelo, también se debería resolver el tema de la seguridad y de la privacidad de la información.
- **La falta de recursos:** también es un gran obstáculo, ya que si desarrollas herramientas de detección y después no puedes tratarlas por falta de profesionales, no tiene sentido alguno.
- **Los datos:** conseguir un modelo que anote la realidad de lo que va pasando.
- **El tiempo y el proceso de validación:** el impacto que estas herramientas tienen en los procesos que realizan las personas, cómo ejecutan el trabajo, más concretamente, en este caso, cómo ejecuta un clínico su trabajo. Es importante que el profesional sepa trabajar con las alertas que un algoritmo le proporciona. ¿Qué tiene que hacer ese clínico cuando reciba una alerta de ese tipo?, ¿cómo puede ese profesional colaborar con ese proceso de la información? Es necesario garantizar que el proceso que lleva a la identificación sea un proceso sólido, estable y confiable. Ciertamente, esto representa uno de los mayores desafíos a la hora de poner este tipo de soluciones en marcha.

Soluciones

El Observatorio del Suicidio (OdS) de las Islas Baleares inició un sistema conocido como Radar (que quedó en suspenso por la pandemia de COVID-19), un registro por el cual los clínicos fueran alertados de casos de riesgo en función de la información que registrasen y de la información que toda la organización registrara sobre un paciente dado. El Radar del OdS tenía como clave usar la información operativa que se registra en la asistencia al paciente y reducir al mínimo la información adicional que el profesional tuviera que registrar. Esa iniciativa está retomándose actualmente.

En esta época, el IIC ya había tenido experiencias en el Hospital Sant Llàtzer de Mallorca creando un sistema de alerta temprana de sepsis llamado BISE-PRO, con el que se logró mejorar los sistemas de reglas más tradicionales que ya habían supuesto una mejora en su momento. El IIC aplicó tecnología de IA y se logró encontrar más positivos y eliminar muchos de los falsos positivos que proporcionaban las herramientas previas. Estas son las líneas que el OdS quiere impulsar. Empezar poco a poco, gradualmente, y a medida que se genera conocimiento, ir mejorando y creando reglas, automatizaciones y muchas cosas más.

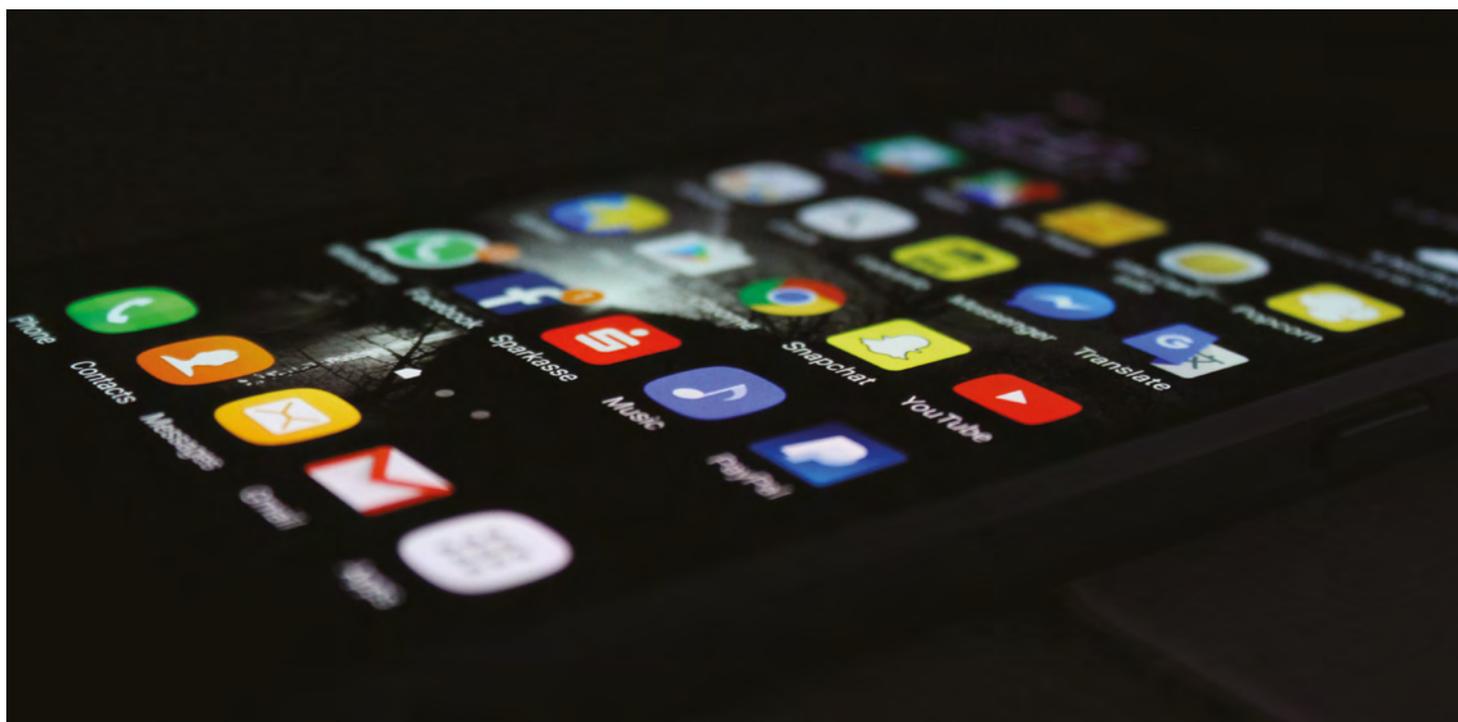


Foto de Rami Al-zayat en Unsplash.

De hecho, el Radar tiene dos cometidos, uno epidemiológico, de investigación, ver qué tipo de personas acuden a la asistencia médica en Baleares, y otro operacional, orientado a no perder pacientes y lograr que el paciente esté en tratamiento. Así, el sistema va reportando lo que se ve en las urgencias, en las consultas de atención primaria (Centros de Atención primaria [CAP], Barrios de Atención Primaria [BAP]) o en los Centros y Unidades de Salud Mental de Adulto (CSMA, USMA), y si detecta ideación suicida, en la alerta ya reportaría el caso y, además, a las pocas semanas también comprobaría si el paciente está recibiendo un tratamiento especializado o no, de manera que, en este último caso, se pondría en marcha un mecanismo para poder recuperarlo. En Cataluña esto ya se hace, en cierta manera, con el Código Riesgo Suicidio⁹.

Precisamente, el concepto que se busca en el IIC es generar una alerta temprana, y que pueda ser tratada por el profesional más cercano al paciente lo antes posible.

En el Teléfono de la Esperanza esta es una de las herramientas que no es conocida por todo el mundo, pero que se puede utilizar para los casos de suicidio. De hecho, las personas que atienden las llamadas identifican una serie de palabras en la conversación, como anteriormente se ha comentado, e introducen manualmente esa información en una herramienta que identifica el riesgo de la persona con la que están hablando. El sistema informa sobre el riesgo de la persona atendida y ofrece al operador una recomendación de actuación en base a ese riesgo, pues tiene el protocolo ya definido. Pero si pudiera hacer la identificación directamente de forma automática durante la conversación con el paciente, esa identificación podría ser más exacta y rápida. Incluso

⁹<https://codirisc.org/>

permitiría optimizar el proceso al permitir que el operador pudiera atender a más de un paciente en ese tiempo.

El 061 de Baleares ha activado un código APS (Atención y Prevención del Suicidio) que permite que todas las tentativas de suicidio que se atienden se pasen a un pequeño equipo, denominado APS 061, que se ha formado con el OdS y que hace un seguimiento telefónico postintervención para asegurarse de que el paciente está bien o que ya tiene cita con un médico, con un psiquiatra o con los equipos de prevención del suicidio. Estos equipos ofrecen un tratamiento ambulatorio especializado e intensivo de 3-6 meses de duración. Son equipos multidisciplinares preparados para tratar esta problemática.

Precisamente, el concepto que se busca en el IIC es generar una alerta temprana, y que pueda ser tratada por el profesional más cercano al paciente lo antes posible.

La respuesta institucional

Las instituciones son conscientes y han sido las primeras en izar la bandera, pero no basta con crear grandes programas y estrategias, sino que también hay que dotarlas económicamente y de recursos clínicos y tecnológicos concretos para generar herramientas que puedan ser validadas, para que los clínicos puedan involucrarse en su diseño.

Primero hay que analizar qué procesos cambiar, en qué puede ayudar la tecnología a cambiar esos procesos, y buscar la mejor herramienta. Es importante no tropezar con la misma piedra, escoger una herramienta antes de saber qué se quiere mejorar y cómo. Cabe no apartarse del valor que se quiere conseguir, y no se trata de la IA, ni de las apps, ni de la automatización de ciertos trabajos, sino de reducir el riesgo de suicidio. Lo importante es poder ir aplicando mejoras continuas a corto plazo, aunque sean procesos a largo plazo, que ayuden a ir viendo que las cosas avanzan. No avanzar no significa menos beneficios para la empresa; no avanzar, en este caso, se mide con vidas humanas y tragedias familiares.

Hay muchas ideas y el problema es que las ideas se quedan en un estadio muy temprano y no terminan de llevarse a la

realidad. Hay que convencerse de que sí se puede que esas ideas, con apoyo económico y empuje de cambio, lleguen a hacerse realidad.

En la misma línea, las buenas intenciones no justifican los proyectos de cambio. Se debe medir, medir y medir el avance para cuantificar el progreso en el corto y largo plazo y aplicar las acciones de mejora y correctivas al plan.

A pesar de que las instituciones son conscientes de que es necesario visibilizar esta problemática, y ya realizan alguna que otra acción, la Salud Mental (ya no solo la prevención del suicidio) no recibe una línea económica exclusiva. De hecho, se destina un presupuesto a Sanidad y esta decide qué sobra y qué se dedica a Salud Mental. Si se tiene en cuenta que actualmente las muertes por suicidio duplican las muertes en accidentes de tráfico¹⁰, y que estas últimas han bajado en número gracias a las campañas de prevención de accidentes, al desarrollo y mejora de los equipamientos de los vehículos, ¿por qué no se invierte también en prevención del suicidio?

Conclusión

La prevención del suicidio es un trabajo multidisciplinar, entre psiquiatras, psicólogos, cuerpos de seguridad, tecnólogos que conocen el mundo de los datos y las herramientas y, por descontado, pacientes. Por otro lado, no hay que olvidar que la Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS)¹¹ desde hace muchos años aboga por el empoderamiento del paciente en la construcción de las soluciones de salud. Que se tenga en cuenta a los pacientes y a las asociaciones de pacientes. En Baleares, como en otras comunidades autónomas, ya se procura hacer; es uno de los factores básicos.

Ahora que conocemos la problemática, es el momento de dar ese paso más, buscar herramientas y, con un compromiso firme, pedir al Ministerio y a los organismos que correspondan que se faciliten esas líneas económicas que puedan permitir el desarrollo de las tecnologías y el cuerpo profesional que pueda asistir esas tecnologías y atender a los pacientes.

¹⁰ <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=10803>

¹¹ <https://www.himss.org>

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@clustersalutmental.com

Para contactar directamente con el autor:
Nicole K. Haber Eterovic - nicole.haber@ibsalut.es

La prevención del suicidio a nuestro alcance



Diego J. Palao

Director de Salud Mental del Hospital Universitario Parc Taulí.
 Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí (I3PT).
 Profesor Titular de Psiquiatría, Universitat Autònoma de Barcelona.
 Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)

El suicidio es un problema de salud pública de primer orden en nuestro país, aunque la tasa española, de 7,5 por 100.000 habitantes y año, sea inferior a la media europea, de 11,9 por 100.000 habitantes/año (INE, 2018)¹. En 2018 fallecieron por suicidio en España 3.539 personas, 10 cada día, con una diferencia de género muy clara: la tasa de suicidio en mujeres fue de 3,8 y la de varones de 11,6 por 100.000 habitantes/año. En adultos jóvenes de 25 a 44 años es hoy en día la primera causa de muerte en varones y mujeres, mientras que de 15 a 24 años es la segunda, por detrás de los accidentes de tráfico. A partir de los 65 años la tasa de suicidio en varones aumenta exponencialmente por encima de los 20 suicidios por 100.000 habitantes/año.

La muerte por suicidio constituye una de las principales causas de muerte prematura en España: nada menos que la tercera causa; si valoramos los años de vida perdidos por muerte prematura, solo por detrás del cáncer de pulmón y de la isquemia cardíaca en varones y del cáncer de mama y de pulmón en mujeres. El impacto económico se puede cuantificar y es enorme, porque afecta mayoritariamente a personas jóvenes. Pero el

drama humano y social que representa tiene una dimensión difícil de imaginar siquiera. Sabemos que el suicidio, una muerte brusca e inesperada y cargada de sentimientos de culpa, produce uno de los duelos más complejos y difíciles de superar que afecta a una media de 4-6 personas próximas al fallecido en cada caso.

A pesar de que el suicidio se considera una causa de muerte evitable^{2,3} aplicando estrategias basadas en la evidencia científica⁴, no disponemos de una estrategia nacional común de prevención. Distintas comunidades autónomas han lanzado estrategias integradas para la prevención, siendo Catalunya la última en sumarse⁵, después de aplicar desde 2015 el llamado Código Riesgo Suicidio Catalunya⁶ (CRS-Cat). Este programa permite una actuación eficaz⁷ sobre uno de los principales grupos de riesgo de suicidio: los supervivientes a tentativas. Pero es necesaria una acción sinérgica sobre la población general (prevención universal), además de sobre otros grupos vulnerables (prevención selectiva) y, especialmente, mejorando la actuación sobre los propios individuos con riesgo más alto (prevención indicada), que se realizan fundamentalmente desde el ámbito de la salud.



Foto de Zac Durant en Unsplash.

La factibilidad de la prevención del suicidio se basa en la posibilidad de actuar con antelación sobre los factores de riesgo conocidos y que relacionamos con frecuencia al suicidio. Deben aplicarse intervenciones eficaces, de forma sinérgica y continuada en el tiempo, como se ha hecho en algunos países, como Dinamarca⁸, en los que se redujo la tasa de suicidio a la mitad.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo mejor documentados son la enfermedad mental, muy especialmente la **depresión**, asociada o no al consumo de **alcohol**, y, sobre todo, los antecedentes de **tentativas de suicidio previas**. Estos factores son problemas de salud prevalentes sobre los que tenemos la oportunidad de intervenir de forma eficaz para reducir el riesgo de suicidio asociado.

Situaciones sociales estresantes, generalmente asociadas a vivencias de pérdida o duelo y la dificultad para acceder a ayuda personal, son factores también muy relevantes cuando hablamos de riesgo de suicidio. Desde el sistema de salud las posibilidades de intervención sobre estos factores estresantes y la situación de apoyo social precaria son menores, pero no desdeñables. Por ejemplo, la intervención efectiva en la **gestión de enfermedades crónicas** en las que el dolor puede ser muy relevante. Nadie discute que, dentro de las estrategias efectivas posibles desde el sistema sanitario, especialmente desde la atención primaria, se debe incluir la evaluación sistemática del estado de ánimo y de la repercusión funcional del trastorno y una evaluación específica del riesgo de suicidio, para poder aplicar soluciones efectivas. La aplicación de modelos innovadores como la adaptación a la depresión de la gestión en enfermedades crónicas⁹ ha demostrado una mayor capacidad de mejorar los resultados clínicos y potencialmente puede contribuir a reducir el riesgo de suicidio en

los pacientes con depresión, el trastorno mental más frecuentemente asociado al suicidio.

La factibilidad de la prevención del suicidio se basa en la posibilidad de actuar con antelación sobre los factores de riesgo conocidos y que relacionamos con frecuencia al suicidio. Deben aplicarse intervenciones eficaces, de forma sinérgica y continuada en el tiempo, como se ha hecho algunos países, como Dinamarca, en los que se redujo la tasa de suicidio a la mitad.

Se considera que el nivel socioeconómico más bajo es un factor social de riesgo suicida de menor impacto que la enfermedad mental, pero, como es más prevalente que las propias enfermedades mentales, el peso epidemiológico a nivel poblacional es similar. Está claro que intervenciones para mejorar la situación de pobreza, elevar el nivel educativo y facilitar el acceso al empleo en la población general tendrían un impacto muy relevante en la prevención del suicidio a nivel poblacional. Las políticas activas de



Figura 1. Los suicidios pueden prevenirse adoptando un enfoque multisectorial integral (OMS, 2014)

empleo ya demostraron efecto antisuicida en situaciones de recesión económica¹⁰, como la que podemos llegar a experimentar en esta fase de la pandemia de COVID-19.

Los suicidios pueden, por tanto, prevenirse (Figura 1), pero únicamente si los programas de prevención de suicidio incluyen acciones sinérgicas en distintos niveles y no se limitan exclusivamente al ámbito de la salud. La efectividad en la prevención del suicidio se consigue integrando diversas acciones desde el ámbito de la asistencia sanitaria de atención primaria y especializada, y también desde la salud pública, con estrategias que deben aplicarse en todas las políticas públicas³.

Programas destacados

Los dos ejemplos más destacados y con evidencias favorables en la prevención de la muerte por suicidio son el programa europeo European Alliance Against Depression (EAAD)¹¹ y el norteamericano *Zero Suicides*¹². En el programa EAAD, una de las estrategias más importantes es la de mejorar la calidad del tratamiento de la depresión en atención primaria con la participación de los especia-

listas en salud mental, tal y como se propone en el **programa INDI de gestión de casos de depresión**⁹. La otra estrategia consiste en asegurar que los pacientes de mayor riesgo, como los que sobreviven a una tentativa de suicidio, tengan la oportunidad de acceder de forma rápida a un tratamiento especializado y que asegure una atención efectiva y continuada. El **Código Riesgo Suicidio Catalunya**⁶, ya mencionado, asegura de una forma efectiva la prevención de suicidio en personas con mayor riesgo, reduciendo la variabilidad entre centros y profesionales.

El programa *Zero Suicides*¹² es más complejo y cuenta con una mayor dotación de recursos en las ciudades de Estados Unidos donde se ha ido aplicando. Pero tiene la gran virtud de que consiguió demostrar que era posible reducir la mortalidad por suicidio hasta cero, aunque fuera durante unos meses, cuando toda una comunidad se lo propone y actúa de forma intensiva aprovechando todas las sinergias. El ejemplo se produjo entre los años 2000 y 2010 en la ciudad de Detroit, que, como resultado de la crisis que afectó gravemente a la industria del automóvil, llegó a tener una tasa de suicidio de 90 casos/100.000 habitantes (Figura 2)¹³.

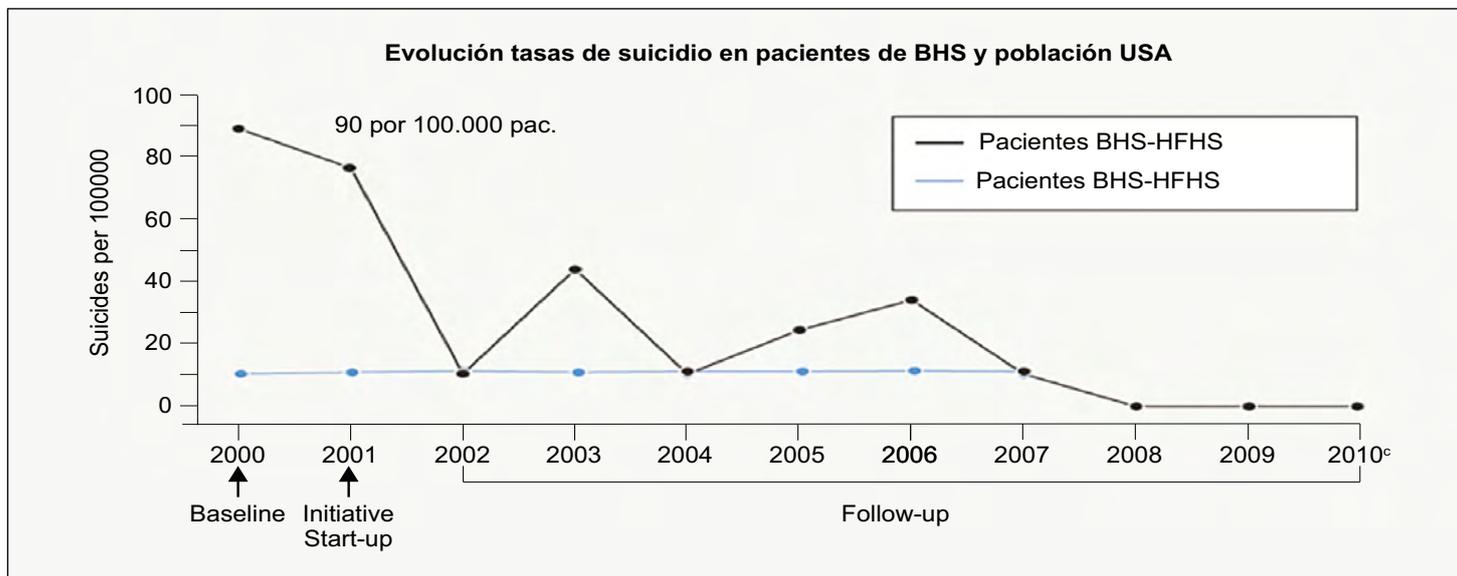


Figura 2: Evolución de las tasas de suicidio Programa *Zero Suicides* en Detroit (2000-2010).

BHS-HFHS: Servicios de Salud del Comportamiento del Sistema de Salud Henry Ford. Hampton T. JAMA 2010

Publicaciones posteriores han reportado que la tasa se situó después en la media americana.

El reto profesional

Los profesionales de la salud tenemos un reto a nuestro alcance: reducir los fallecimientos por suicidio aplicando la evidencia científica disponible. En nuestro medio esto supone:

- Mejorar la detección y el tratamiento de la depresión en atención primaria, como el programa **INDI de gestión de casos de depresión**⁹ ha demostrado que puede hacer, incorporando, entre otras cosas, el rol de la enfermera gestora de casos similar al que se aplica en otras enfermedades crónicas.
- Mejorar la aplicación del programa **Código Riesgo Suicidio Catalunya**⁶, que asegura una visita priorizada por el especialista en salud mental a todos los pacientes en los que se detecta un riesgo alto (en la mayoría de los casos a partir de una tentativa de suicidio atendida en urgencias) y refuerza la continuidad asistencial mediante un contacto telefónico por los servicios especializados ambulatorios (psiquiatra, psicólogo).

Actualmente, más del 70% de los fallecidos por suicidio no han tenido la oportunidad de recibir una atención psiquiátrica y psicológica adecuada. La atención primaria tiene la oportunidad de mejorar la detección y cooperar en el seguimiento de los pacientes en riesgo, reduciendo la fragmentación asistencial en la que muchos pacientes

pueden quedar fatalmente atrapados. La integración de los profesionales de salud mental en los equipos de atención primaria y la implementación de un modelo innovador de gestión de la depresión constituyen una oportunidad para mejorar de una vez por todas los resultados en salud sobre depresión y riesgo de suicidio.

El otro elemento esencial en el abordaje del riesgo de suicidio es la **mejora del conocimiento social sobre la depresión y el suicidio**. Las personas con ideas de suicidio tienen que saber que, en la gran mayoría de los casos, se trata del síntoma de un trastorno mental, que se puede recibir ayuda efectiva (p. ej., tratando la depresión) y prevenir cualquier complicación (cronicidad, tentativas o muerte por suicidio).

El nuevo **Plan de Prevención del Suicidio de Catalunya (PLAPRESC)**⁵ incorpora este tipo de estrategias de salud pública y de prevención universal, especialmente mejorando el conocimiento de la población general, comenzando por los más jóvenes. Se propone una reducción del estigma que pesa sobre las personas que cometen tentativas de suicidio y sobre los familiares de los que fallecen por suicidio. El objetivo no es otro que el de reducir las trágicas barreras de acceso a una ayuda efectiva, tanto de las personas en riesgo como de los supervivientes, que sabemos están asociadas a la ignorancia y al estigma.

Conclusión

La muerte por suicidio debe considerarse como el desenlace fatal de un problema de salud mental que puede prevenirse si se aplican las medidas apropiadas. Las intervenciones multinivel incluidas en el PLAPRESC⁵ fa-



Foto de Rodrigo González en Unsplash.

cilitarán, por un lado, la mejora de la autodetección y la búsqueda de ayuda de las personas afectadas y, por otro, potenciarán la accesibilidad y la continuidad de la ayuda especializada para las personas con riesgo más elevado.

Referencias bibliográficas:

1. Instituto Nacional de Estadística, 2018. Consultado en: Suicidios por edad y sexo. (ine.es)
2. World Health Organization. Consultado en: Suicidio (who.int)
3. World Health Organization. Preventing suicide. A global imperative. Luxemburg, 2014. Consultado en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
4. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The lancet. Psychiatry*, 3(7), 646–659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
5. Pla de Prevenció del Suïcidi en Catalunya, nota de prensa presentació 2021: Consultado en: Salut presenta el Pla de prevenció de suïcidi... - Govern.cat
6. Pérez, V., Elices, M., Prat, B., Vieta, E., Blanch, J., Alonso, J., Pifarre, J., Mortier, P., Cebrià, A. I., Campillo, M. T., Vila-Abad, M., Colom, F., Dolz, M., Molina, C., & Palao, D. J. (2020). The Catalonia Suicide Risk Code: A secondary prevention program for individuals at risk of suicide. *Journal of affective disorders*, 268, 201–205. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.009>
7. Cebrià, A. I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., Laredo, A., Vallès, V., Cavero, M., Oliva, J. C., Hegerl, U., Pérez-Solà, V., & Palao, D. J. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.016>
8. Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2019). Suicide-turning the tide. *Science (New York, N.Y.)*, 365(6455), 725. <https://doi.org/10.1126/science.aaz1568>
9. Aragonès, E., Palao, D., López-Cortacans, G., Caballero, A., Cardoner, N., Casaus, P., Cavero, M., Monreal, J. A., Pérez-Sola, V., Cirera, M., Loren, M., Bellerino, E., Tomé-Pires, C., & Palacios, L. (2017). Development and assessment of an active strategy for the implementation of a collaborative care approach for depression in primary care (the INDI-i project). *BMC health services research*, 17(1), 821. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2774-2>
10. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet (London, England)*, 374(9686), 315–323. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61124-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61124-7)
11. Hegerl U, Arensman E, Gusmão R, Székely A, Van Audenhove C. European Alliance Against Depression: How to implement a 4-level community-based intervention targeting depression and suicidal behaviour [Internet]. 2016. Disponible a: <http://www.eaad.net>.
12. Programme “Zero Sucides”. Consultado en: www.zerosucides.com.
13. Hampton T. (2010). Depression care effort brings dramatic drop in large HMO population's suicide rate. *JAMA*, 303(19), 1903–1905. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.595>

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@clustersalutmental.com
Para contactar directamente con el autor:
dpalao@tauli.cat; @DiegoJPalao

Prevención y supervivencia del suicidio



Cecília Borràs

Psicóloga

Presidenta fundadora de
Después del Suicidio – Asociación de Supervivientes

Teniendo en cuenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe de 2019¹ estima que el número de suicidios a nivel mundial supera los 700.000 al año, de los cuales ese año 3.609 se habían cometido en España, y que el número de personas que podrían estar afectadas por cada muerte por suicidio es de seis por víctima, la cifra de damnificados también se multiplica por seis.

El suicidio puede verse desde una perspectiva científica, soportada por toda la experiencia, toda la bibliografía o toda la evidencia que se pueda tener, pero a la par cabe considerar que es un tema propio de la vida. Es inherente a la condición humana, no es un fenómeno nuevo, ni como otros fenómenos que a lo mejor se contemplan como fenómenos nuevos y que han existido siempre. A estos únicamente se les otorga una etiqueta distinta para que puedan ser comunicados.

Si la definición del suicidio es “darse muerte a uno mismo”, y la única apreciación que se ha querido dar al suicidio como entidad es decir que la perso-

na muere por suicidio, eso es limitar y distorsionar su significado. Es necesario excluir del concepto esa capacidad de reflexión y de voluntariedad que parece que haya en este tipo de muerte. Su estigma precisamente procede de la percepción de ser un acto de cierta voluntariedad, de ser un acto libre, cuando en el 95-97% de los casos no es así: es un acto acontecido por el sufrimiento, es decir, las personas que se suicidan querrían continuar viviendo, pero habiendo gestionado su sufrimiento y logrado otro tipo de salida. Una excelente definición es la de la psicóloga clínica Thais Tiana Sartre: “*el problema es encontrarse delante de una situación que ves como irresoluble, indefinida e insostenible*”.

En esta problemática, aparte de poder hablarla, configurar y ofrecer protocolos de prevención del suicidio, es de la máxima importancia también lograr más tiempo, dar tiempo para aplazar la decisión. Unas palabras que suelen ayudar mucho, de la pionera de la prevención del suicidio en España, la Dra. Carmen Tejedor, son “*siempre puedes dejarlo para mañana*”.



Foto de Robin Noguier en Unsplash.

Hablar

Hablar. Hablar directamente del suicidio, esa es la solución. El hecho de no hablar sobre ello dificulta mucho. Precisamente desde que se habla un poco más –aunque aún no tanto como sería deseable– a nivel de divulgación con una cierta naturalidad, ello está provocando que las personas llamen más a los centros de soporte, como el teléfono de prevención del suicidio, donde se consulta más por el tema de ideación. De forma muy precoz se puede ofrecer una ayuda que de otra forma no se podría ofrecer.

Si se puede hablar sin que las personas –que probablemente lo están pensando– lo estén contemplando como una posibilidad, se facilita el compartir esta preocupación por este tipo de pensamientos, ya que de no compartirse pesan mucho más. En el momento que se pueden compartir se vuelven más livianos.

A su vez, el hecho de escuchar en voz alta provoca que todo adquiera una nueva realidad. Permite el acompañamiento, que se muestre una nueva perspectiva de lo que se está viviendo. Hablar es fundamental para poder prevenir el suicidio.

Divulgar

Por otro lado, también se puede contar con los medios de comunicación para informar y divulgar sobre temas relacionados con el suicidio, y también es un hecho vital. No obstante, requiere un mínimo protocolo para ser útil y no provocar un efecto llamada. La divulgación y comunicación de estos temas no es complicado, únicamente requiere más trabajo. Lo más fácil a la hora de comunicar es trasladar la información tal como llega y pasarla al medio de comunicación sin hacer ninguna reflexión, sin buscar la voluntad profesional, dar algún dato objetivo y, a la par, ofrecer algún recurso que pueda acompañar la información.

Información

Informar de una situación de suicidio, grado de tentativa o grado de muerte por suicidio requiere un poco más de trabajo y tener en cuenta los siguientes aspectos fundamentales:

- **Nunca mencionar el método:** está demostrado que puede tener un efecto llamada en personas con cierta vulnerabilidad.

- **Generar la noticia:** siempre que sea noticiable y que se acompañe con recursos, ayudas. Un discurso que pueda ayudar. Hoy en día, la inmediatez que requieren muchos medios de comunicación lo dificulta muchísimo.

- **Documentación:** asesorarse, hablar con los expertos. Es importante contrastar los discursos de divulgación con los expertos, ya que así se puede tener la seguridad de que están bien orientados.

Redes sociales

Pueden amplificar el problema si se cae en ciertos tipos de redes que fomentan el discurso negativo y el aislamiento, incluso dándole un halo romántico. Pero también hay redes que pueden ayudar, dar soporte, mostrar ejemplos de personas que han salido adelante.

Literatura

La literatura también puede ser una gran coadyuvante. Títulos como *La sombra del ombú*, de Cristian Segura, un muy buen paralelismo de lo que hacen los supervivientes. También *Els adeus del Jaguar*, de Juanjo Garcia, es una gran opción para leer con niños. O *La mirada del suicida*, de Juan Carlos Pérez, que narra la historia del suicidio.

Protocolos

Se estaban haciendo muy buenos protocolos por parte de los Mossos d'Esquadra en Cataluña, donde había un procedimiento orientado a la atención y soporte en los primeros momentos, pero la aparición de la pandemia de COVID-19 paró las acciones.

Primeros momentos

Es muy importante la atención precoz, porque se trata de muertes dramáticas, traumáticas, y es en los primeros momentos cuando se puede ofrecer una atención orientada a dar soporte, brindar información y empatizar mínimamente. Esta primera atención permite disminuir el trauma y el estigma y ayuda a buscar soporte.

En ese momento del shock traumático, de la vivencia o de recibir la noticia resulta muy difícil sentirse acompañado, una situación y acción prioritaria que se debería contemplar en la atención de los supervivientes. En los momentos más críticos no se ve nada, y por eso es tan importante la atención precoz, ya que logra romper la soledad.

Estigma

Las enfermedades mentales se toman muchas veces como enfermedades buscadas, intencionadas, de falta de voluntad, hecho que provoca también la infraestimación de los profesionales de la Salud Mental, como los psicólogos y los psiquiatras, y estos son muy necesarios. Estigmatización que hasta ahora ha dificultado

la solución a una problemática que lleva a la muerte a más de 700.000 personas cada año.

Tal como indica la Dra. Carmen Tejedor, es evidente que en el momento en que una persona está intentando suicidarse no está gestionando la realidad con una lógica de la razón como en momentos más cotidianos y menos estresantes; entonces es difícil decir que se trata de una persona que está trastornada temporalmente. No todas las personas que se suicidan tienen un trastorno mental, aunque sí es un factor de mayor riesgo en personas con trastornos mentales graves o en las que su trastorno haya empeorado².

Protocolo ideal

El protocolo ideal ha de ser aquel que permita saber que los supervivientes tienen recursos de iguales. Es decir, que cuenten con personas que puedan ayudarles desde diferentes entidades y quede en función de las necesidades de cada persona si acepta la ayuda o no.

También es vital que el sistema sanitario entienda que un proceso de duelo por suicidio es un proceso y no una patología. Cabe entender que habrá personas que podrán desarrollar una patología de su duelo, y que un duelo por suicidio es uno de los duelos con mayor riesgo de convertirse en un duelo complicado, con una prevalencia del 40%³.

Si se puede ofrecer una asistencia precoz y dar un soporte de iguales, de otros supervivientes, sin duda se



Foto de Jacek Dylag en Unsplash.

estarán procurando herramientas que producirán efectos beneficiosos para el proceso de duelo.

Asociaciones de ayuda al superviviente

La asociación Después del Suicidio - Asociación de Supervivientes (DSAS) nace en 2012 a raíz de la soledad de no encontrar un lugar, los que habíamos sufrido una muerte por suicidio, donde hablar de nuestra experiencia, de los sentimientos, de los pensamientos que estos nos provocaban.

Para ofrecer un espacio realizamos acogidas individuales, ofrecemos grupos de soporte y de acompañamiento. No siempre todas las personas acceden al grupo; a veces la solución no está en el grupo y requiere un trabajo individual antes de entrar en un grupo.

“La persona que se suicida deposita todos sus secretos en el corazón del superviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y, es más, a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel, real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo. Esta es una carga muy pesada.”

Ofrecemos también una atención especializada para detectar esos casos que tal vez no irán tan bien, procesos de duelo que pueden volverse en una depresión porque hay un riesgo elevado. Para estos casos podemos trabajar con el Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, donde se cuenta con un plan de atención al

superviviente y desde ahí un psicólogo o psiquiatra puede hacer un abordaje profesional y más personalizado.

También desde la DSAS realizamos publicaciones y actos como el del Día del Superviviente o el Día Internacional de la Prevención del Suicidio. Aparte trabajamos con organismos públicos para poder mejorar en prevención e ir contra el estigma de la Salud Mental y de todas las personas que tienen sufrimiento emocional. Todos deberíamos tener bienestar emocional, porque hablar de normalidad en este caso es muy subjetivo.

El ámbito de actuación de la asociación principalmente es el de Cataluña y también a nivel nacional. En Cataluña existen otras entidades de soporte para supervivientes, como APSAS y Mans Unides. La sede de la DSAS está en Barcelona, pero también damos soporte en Tarragona y en Gerona. Por otro lado, también damos atención a personas del Estado español y de Sudamérica. Las videoconferencias permiten también ofrecer soporte a personas que físicamente están lejos.

Conclusiones

“La persona que se suicida deposita todos sus secretos en el corazón del superviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y, es más, a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel, real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo. Esta es una carga muy pesada.”

Edwin Shneidman

Referencias bibliográficas:

1. Organización Mundial de la Salud. Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>.
2. Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*, 15(7):1425.
3. Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G. & Mortimer-Stephens, M. K. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*, 25:12-18.

Contacta con nosotros para cualquier pregunta:
brains@clustersalutmental.com
Para contactar directamente con el autor:
ceciliab@despresdelsuicidi.org

