

Hablar del suicidio en clave de prevención: un enfoque comunitario

10 SEPTIEMBRE 2020

Hablar del suicidio en clave de prevención: un enfoque comunitario

El suicidio representa un grave problema de salud en España por el que mueren más de 3600 personas al año y al que se suman todos aquellos que realizan tentativas y tienen ideación suicida. El suicidio se puede prevenir y la Organización Mundial de la Salud propuso a los países trabajar en reducir un 10% las tasas de suicidio en el mundo en el año 2020. En nuestro país aún no contamos con una estrategia estatal de prevención y manejo de la conducta suicida que impulse acciones preventivas en todas las políticas y mejore la atención sanitaria para los que ya se encuentran afectados por el problema. Aunque reconocemos la preocupación del Ministerio de Sanidad por el tema. El futuro plan deberá dar protagonismo a las acciones que modifiquen los determinantes sociales de la salud, la prevención desde la infancia y adolescencia y el refuerzo de la atención comunitaria de salud.

En el mundo

El suicidio se encuentra entre las 20 principales causas de muerte. Más de 800.000 personas se suicidan cada año en el mundo. Esto equivale a **una muerte cada 40 segundos**. A lo que hay que sumar que alrededor de un suicidio se ven afectadas, directa o indirectamente, entre 6 y 14 personas.

Las personas que tienen conductas suicidas son un grupo muy heterogéneo. Esta heterogeneidad representa un gran desafío para su prevención. Prevenir el suicidio requiere del trabajo coordinado de la familia, amistades, miembros de la comunidad, entorno laboral o comunidad educativa y de los profesionales de la salud, así como de los medios de comunicación, y de las diferentes administraciones y gobiernos. Estos últimos, tienen que garantizar que las estrategias de prevención abarquen desde el nivel individual hasta el comunitario y faciliten los mecanismos de coordinación de estos y los recursos para desarrollarlas. Es decir, se necesita un enfoque multisectorial y cohesionado.

La prioridad de la prevención

Desde 2003 se celebra el **Día Mundial para la Prevención del Suicidio**. Lo promueve la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (**IASP**) con el copatrocinio de la **OMS**. Tiene como objetivo concienciar a nivel mundial que el suicidio puede prevenirse. El lema para 2018, 2019 y 2020 es “**Trabajando juntos para la prevención del suicidio**”, resaltando así que todos tenemos un papel que desempeñar en la prevención. ¡Prevenir el suicidio es posible y cada uno somos un elemento clave en su prevención!

Nuestra acción individual puede marcar la diferencia: concienciarnos, informarnos, formarnos sobre las señales de alerta, mostrando empatía y cuidado a quienes se encuentran en peligro, cuestionar el estigma asociado con el suicidio y la conducta suicida y los problemas de salud mental y compartiendo nuestras propias experiencias.

En 2014, la OMS publica el informe “**La prevención del suicidio, un imperativo global**”, alentando a los países a priorizar la prevención del suicidio en sus programas de gobierno. El informe plantea que la responsabilidad de la prevención del suicidio recae en sobre la sociedad en su conjunto y no sólo en el sector salud. Por ello, para prevenir eficazmente el suicidio, “los países deben emplear un enfoque multisectorial que aborde la magnitud de este problema de una manera integral, siendo los ministerios de salud los responsables de liderar la participación de otros ministerios como parte de un esfuerzo integral” (OMS, 2014).

Las cifras del problema

Las muertes por suicidio en nuestro país son un grave problema de salud pública, siendo la primera causa de muerte externa en nuestro país, con **3.539 fallecimientos** en 2018, una tasa de 7 suicidios por cada 100.000 habitantes. Ese año Duplican las pérdidas de vidas por accidente de tráfico y multiplican por 13 los homicidios cometidos en nuestro país. **Sufrimos un suicidio cada dos horas y media, 10 suicidios al día.**

El 40% se produce entre los 40 y los 59 años y casi 1000 suicidios se producen entre mayores de 70 años, aumentando el riesgo con la edad. La mayor tasa de suicidios consumados se da en varones de más de 79 años. **Las mujeres lo intentan tres veces más que los hombres, pero los hombres lo consuman tres veces más que las mujeres.**

La geografía del suicidio

España se encuentra entre los países con tasas más bajas de Europa con unas tasas de suicidios significativamente menores que otros países de nuestro entorno, en una lista encabezada por Lituania, Eslovenia o Hungría. Otros países con tasas altas son Bélgica, Finlandia y Francia, país en el que se registra una media de un suicidio cada hora. Italia, Grecia o Israel tienen tasas inferiores a las de España con 4 y 5 muertes cada 100.000 habitantes. Hay que destacar que **en países como Dinamarca, donde se han implantado acciones dirigidas a la prevención del suicidio, se han producido descensos consolidados en sus tasas de suicidio de 2 puntos.**

Respecto a las Comunidades Autónomas, las tasas más altas se mantienen en **Asturias, Galicia y Canarias**, cercanas a 10 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes, mientras que las más bajas, se producen en las CCAA de Madrid y Cantabria con tasas de 5 a 6 durante todo el periodo 2013-2018.

Las tentativas

Las tentativas de suicidio multiplican el impacto del problema **pues hay entre 10 y 20 intentos por cada suicidio consumado.** Existen aún pocos datos fiables sobre los intentos de suicidio por lo que mejorar el registro de las tentativas será una de las acciones prioritarias para su prevención, dado que las tentativas son uno de los principales factores de riesgo. Es necesario un registro actualizado y accesible de tentativas de suicidio para poder actuar individualmente sobre las personas que han intentado quitarse la vida.

La prevención en todas las políticas

Determinantes sociales

La prevención del suicidio no es exclusivamente un tema sanitario y requiere un enfoque integral y comunitario con intervenciones a todos los niveles. Como en todos los problemas de salud es clave la modificación de los determinantes sociales incluyendo, la seguridad económica y financiera de los hogares, las políticas de estabilidad de vivienda y laboral o de desarrollo personal. La identificación e intervención sobre grupos vulnerables, como son las mujeres víctimas de violencia o responsables de familias monomarentales en riesgo de pobreza o exclusión son mecanismos de reducción del riesgo de suicidio.

La creación de mecanismos de protección individual como la educación en resiliencia o la creación de vínculos afectivos y de comunicación en la infancia y adolescencia tanto en la familia como en la escuela son intervenciones preventivas de primer nivel.

Finalmente, la prevención desde la perspectiva de sistema sanitario requiere la mejora del acceso a la atención de las personas con riesgo de suicidio. El sistema sanitario debe

desarrollar la capacidad efectiva para la detección de señales y atención precoces, seguimiento y postvención de los casos en riesgo. Esta mejora requiere en nuestro entorno de la mejora en la coordinación entre la atención primaria de salud y el resto de los actores clínicos involucrados.

Otros elementos en la agenda sanitaria son la sensibilización social para la reducción del estigma y permitir así la detección precoz. Esto, junto a la creación de ambientes protectores, reducir el acceso a medios letales y políticas comunitarias para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Además, en la agenda debe estar presente, el fomento de la conexión social y de la participación en la comunidad, la enseñanza de destrezas de recuperación y resolución de problemas a través de programas de educación socioemocional y de destrezas de crianza y relaciones familiares. Sin olvidar, la identificación de las personas en riesgo y provisión de apoyo, capacitando al personal de primera línea y desarrollando intervenciones en crisis y tratamiento para las personas en riesgo. Y muy importante, reducir los daños y prevenir el riesgo futuro, a través de intervenciones posteriores y de mensajes seguros en relación con el suicidio.

Un aspecto de especial relevancia es la participación de personas con experiencias de suicidio en el trabajo las organizaciones que abordan la conducta suicida, tanto en la investigación, como en la evaluación e intervenciones. Sus experiencias son de un valor incalculable para informar sobre medidas de prevención y para influir en la provisión de apoyos para personas con conductas suicidas y quienes les rodean.

El **Plan de la Organización Mundial de la Salud, Acción Salud Mental 2013-2020**, estableció como uno de sus objetivos la promoción y prevención en materia de salud mental, considerando la prevención del suicidio como una prioridad. Marcó en cada país como **objetivo la disminución en un 10% de la tasa de suicidios para el año 2020**. Este hito debe tener en cuenta que **en la mayoría de los países las tasas de suicidio están subestimadas debido principalmente a carencias de los sistemas de vigilancia y registro, así como a la atribución errónea de ciertos suicidios a causas accidentales, y a la criminalización del suicidio en algunos países.**

Políticas de prevención en la Infancia y adolescencia

Los jóvenes y las personas mayores están entre los grupos de edad con más riesgo de autolesionarse. En la **adolescencia** es la segunda causa de muerte y en los últimos años se ha observado un incremento de las tasas en esta franja de edad. Desagregando por sexos se observa como en las chicas adolescentes se experimenta un pico de tentativas que no se da en los varones, asociado a la mayor presión que reciben en ese momento de transición vital de una sociedad patriarcal y machista. En la **infancia**, por debajo de los 11 años, se considera poco frecuente. Sin embargo, los datos muestran que los niños y niñas manifiestan con frecuencia ideación de muerte y el suicidio como solución a sus problemas. Muchos suicidios infantiles permanecen invisibles, enmascarados por comportamientos impulsivos que se consideran accidentes. A pesar de que infancia y adolescencia, se suelen presentar unidas, en realidad presentan características muy diferentes.

Son muchos los factores de riesgo que están asociados a la conducta suicida entre adolescentes. El factor más influyente es la depresión, seguido por el intento de suicidio previo, los abusos de sustancias y los trastornos de conducta. Dentro de la depresión, la desesperanza es un factor asociado a la conducta suicida de manera muy potente. La impulsividad adolescente es otro factor importante, así como la existencia de intentos previos. Algunos estudios ponen de manifiesto que aproximadamente el 50% de los adolescentes que llevan a cabo un intento de suicidio serio han cometido, al menos, un intento previo.

Junto con los mitos sobre el suicidio que afectan a todas las etapas de la vida, en la infancia y la adolescencia hay que hacer frente al mito de la infancia feliz. Los adultos vemos a los menores ajenos a la realidad, jugando y sin preocupaciones. “No saben y así no sufren y todo se les olvidará cuando crezcan”. Con lo que los dejamos solos, frente a las dificultades con las que conviven, sin herramientas para elaborar lo vivido. El primer paso de la prevención es escuchar, comprender lo que los menores manifiestan, más allá de su conducta, reconociéndoles como personas.

La neurociencia muestra cómo, desde la infancia, nuestro cerebro se organiza y funciona según el modo en que se vincula en su familia y en el contexto cultural. La prevención precoz se basa en que se adquiera una estabilidad afectiva a través de una relación vincular afectiva y protectora con sus cuidadores. Adquirir una relación de apego seguro que le ayude a mentalizar, a poner palabras a sus estados internos y a los de los demás. No sólo los padres, toda la sociedad debe conocer la importancia y favorecer el establecimiento de relaciones vinculares de confianza y cómo nos protegen ante las dificultades de la vida. Una vez más vemos que las medidas de conciliación familiar que mejoren los vínculos protegen la vida de los menores.

La integración en nosotros y nuestra cultura, de los conocimientos que aporta la teoría del apego en el desarrollo evolutivo, es un factor de prevención primordial. Los diferentes estudios muestran como el sufrimiento en las primeras etapas de la vida generado por la pérdida de los padres prematura, maltrato físico o sexual, violencia, negligencia afectiva, divorcio conflictivo, agotamiento parental, desorganización social o pérdida cultural, genera una vulnerabilidad biológica, no sólo emocional. Por ello, según los estudios, el incremento de suicidios en la infancia constituye un indicador de desorganización de las condiciones de desarrollo del niño.

La escuela es un lugar donde se recibe una formación académica, pero también educación emocional y donde se construyen vínculos que aportan seguridad y modelos de salud mental. Los educadores debemos formarnos para **convertirnos en tutores de resiliencia**, lo que puede ser una medida de prevención. Es la afectividad lo que permite tejer los vínculos, aporta la seguridad para explorar el mundo mental de los demás y de adquirir conocimientos abstractos que le permiten expresarse.

Otro factor para tener en cuenta actualmente durante el periodo infantil es el tiempo excesivo dedicado a las máquinas (Internet, televisión, teléfono móvil, juegos de video), donde a pesar de existir un exceso de comunicación, se afecta el establecimiento, la forma y la profundidad de las relaciones. Debemos promover una actitud reflexiva frente a los mensajes de Internet, favoreciendo las posibilidades positivas de comunicación que ofrece la tecnología.

El aislamiento o el acoso en la escuela o en las redes sociales son causas graves de sufrimiento y son factores de riesgo para el suicidio y deben ser debidamente abordados por parte de los adultos, además de comprendidos. Se fomenta la precocidad de los niños y la competitividad adulta, dando lugar a una elevada presión académica y generando trastornos de angustia en los menores. En Finlandia, donde se redujo la presión escolar con entrada más tardía en la escuela (6-7 años) y el establecimiento de calificaciones aún más tardías (10-11 años) con docentes especializados han disminuido las tasas de suicidio un 40%.

Al igual que en los adultos, **generar espacios donde los menores sepan que van a ser escuchados** y saber que existe alguien para quienes importan, es el principal factor protector. Conocer y comprender qué pone en riesgo a los niños, niñas y adolescentes nos permite establecer planes de prevención y ponen en evidencia la necesidad de redes de protección.

Políticas de prevención a través de la atención primaria y comunitaria

La atención primaria de salud es un elemento clave para detectar a las personas en riesgo, una de las claves para la prevención. Desde hace décadas la Organización Mundial de la Salud promueve el modelo comunitario de atención en salud mental, haciendo énfasis en la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, tratamiento y rehabilitación, siendo prioritaria la mejora de los sistemas de información y de recogida de datos en vigilancia de la salud, más allá de la mortalidad y de los informes de alta hospitalaria. La atención primaria y comunitaria es el primer nivel del Sistema Nacional de Salud y la base del sistema sanitario para atender a las personas y a sus familias. La atención no está enfocada sólo a los síntomas, sino a la persona y su contexto, para ayudar a su recuperación clínica (alivio de síntomas), la recuperación funcional (participación significativa en la sociedad) y recuperación personal (restauración de la identidad personal). Los profesionales de la atención primaria precisan mejorar la accesibilidad, mejorar el vínculo y la relación terapéutica. Se precisa la inclusión de abordajes comunitarios en lo que se realice una atención individualizada, humanizada y de aceptación de las condiciones subjetivas sociales y espirituales, centrado en las personas y sus familias.

Es indispensable conocer y trabajar con los recursos de la comunidad (servicios sociales, asociaciones ciudadanas, centros educativos...) enfocando hacia las fortalezas, hacia la mejora de los autocuidados y favoreciendo que sean co-creadores y co-gerentes de su propia salud.

Desde la atención primaria se previenen los trastornos mentales y los intentos de suicidio, combinando la efectividad de las intervenciones sanitarias junto con el apoyo de la red informal, formal y comunitaria (familia, amistades, compañeros de trabajo, parejas).

Apoyar, mostrar empatía: “me tienes aquí”, “no estás solo”, “no es culpa tuya”, “qué puedo hacer por ti”, “voy a acompañarte” y sobre todo, hablar y conocer lo que siente o lo que piensa la persona que está sufriendo. Apoyar, estar ahí y hablar. Aquí está la

fortaleza de la atención primaria y comunitaria: relación de confianza, vínculo afectivo y accesibilidad.

Grupos de alto riesgo

El cambio de actitud que en los últimos años hemos vivido en la sociedad española en la forma de afrontar la visibilidad del suicidio ha permitido poner de manifiesto la existencia de colectivos en los que las tasas de suicidios son preocupantemente altas. Es el caso de los miembros de fuerzas y cuerpos de seguridad del estado y de las personas LGTBI, sobre todo en edades tempranas.

Esta preocupación ha supuesto la puesta en marcha de grupos de trabajo con el objetivo de analizar y buscar mecanismos que permitan cambiar esta situación. Sin duda son muchos los elementos que están detrás de estas cifras en el caso de los miembros de la seguridad del estado, las complejas condiciones laborales, el estrés relacionado con su actividad, el acceso a armas de fuego o el estigma relacionado con la enfermedad mental son algunas de las causas que obligan a tomar medidas de protección sin demora.

Plan estatal de prevención del suicidio y de manejo de la conducta suicida

A pesar del “mandato” de la OMS, y aunque es justo reconocer los trabajos iniciados por el Ministerio de Sanidad, **actualmente no existe en España un plan estatal de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida** como tal. **Antes del 2014** sólo se habían desarrollado algunas iniciativas locales, enmarcadas en muchas ocasiones dentro de proyectos europeos específicos como *EUROGENAS*, generalmente de duración y extensión geográfica limitada y dirigidas a determinadas poblaciones diana. Esto situaba a nuestro país muy por debajo del nivel de otros países europeos de similar desarrollo.

Sin embargo, a partir de la publicación por primera vez en España del “*Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*” de la Comunitat Valenciana (2017) otras Comunidades Autónomas han elaborado planes o estrategias de prevención global (no circunscritas al ámbito sanitario) como Asturias, Galicia, La Rioja o Euskadi.

En el entorno europeo, varios países han desarrollado estrategias de prevención del suicidio y planes de acción de ámbito nacional: Austria (2013), Bielorrusia (2015), Bulgaria (2013), Francia (2011; 2019), Holanda (2007), Irlanda (2015), Lituania (2016), Luxemburgo (2014), Noruega (2014), Portugal (2013), Reino Unido (2012), Suecia (1995; 2008), Suiza (2016) y Uzbekistán (2010).

Además, otros países han integrado la prevención del suicidio en su plan de salud mental como Croacia, Mónaco, Rumania, Rusia o Eslovaquia. Bélgica, donde la prevención del suicidio se organiza a nivel regional. Alemania, con una iniciativa

nacional pero no una estrategia gubernamental o Croacia e Italia con programas específicos para subpoblaciones.

También son destacables algunos proyectos de prevención del suicidio financiados por la Unión Europea que han ido avanzando en la comprensión del riesgo de suicidio y en su prevención. Algunos ejemplos son la *European Alliance Against Depression (EAAD)*, *el Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)*, *la Suicide Prevention Through Internet and Media Based Mental Health Promotion (SUPREME)*, proyectos de los cuales España forma parte.

Desgraciadamente, en la actualidad, España queda fuera de los 38 países del mundo que sí disponen de estrategias globales de prevención del suicidio. Por último, la reciente publicación de las “**Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación**” del Ministerio de Sanidad, 17 de julio de 2020 pone de manifiesto la importancia de ir avanzando en este tema y nos da confianza en que el objetivo de un plan de prevención está más cerca.

El suicidio está y ha estado presente en todas las culturas y en todos los lugares a lo largo de la historia de la humanidad. La familia en la que se produce un suicidio siente caer sobre sus cabezas la mayor y más incomprensible de las tragedias. El tabú que pesa sobre este hecho provoca que el dolor, la culpa y la vergüenza se entrelacen formando una pesada cortina de silencio tácito. **El silencio añade más sufrimiento y soledad, perpetuando así el tabú.** Las personas más próximas quedan “aisladas” en su secreto, dificultando el apoyo y acompañamiento de su entorno. **El suicidio, además, estigmatiza. Quebrar el silencio, nombrar el suicidio, es un objetivo imprescindible para prevenirlo, y también para ayudar a los familiares supervivientes.** Pero hay que hacerlo bien, desmintiendo mitos, cuestionando el estigma e informando de las vías de apoyo para las personas que requieran ayuda.

En pocas realidades tiene más valor la idea de que es mejor prevenir que curar. Sabemos qué hay que hacer. Y sabemos que una estrategia funciona si incluye a todos los sectores, es constante, cohesionada y evaluada. No queda más, pues, que hacerlo.

ROMPAMOS EL SILENCIO, HABLEMOS DEL SUICIDIO.

Este informe ha sido elaborado por el Colectivo **Escuchadoras de voces**, del **Foro Ágora Salud**ⁱ:

María Beltrán¹, Aurelio Duque², Begoña Frades³, Carlos Fluixá⁴, Dolors López⁵, José López⁶, Carmen Montón⁷, Josep Pena⁸ y Rafael Sotoca⁹ personas involucradas en la prevención del suicidio.

¹ Psiquiatra, Valencia.

² Médico de Familia, Valencia.

3 Psiquiatra, Valencia

4 Médico de Familia, Valencia.

5 Educadora y escritora.

6 Enfermero especialista en salud mental. Valencia.

7 Embajadora observadora permanente ante la Organización de los Estados Americanos.

8 Psicólogo, Valencia.

9 Médico de familia, Valencia.

Forman el Foro Ágora Salud:

- ***Carmen Montón*** es embajadora observadora permanente ante la Organización de los Estados Americanos y ha sido Ministra de Sanidad, consumo y bienestar social y Consellera de Sanidad.
- ***Ricardo Campos***. Médico Oftalmólogo. Ha sido Secretario General del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y subsecretario autonómico de sanidad.
- ***Rafael Sotoca***. Médico de familia y activista sanitario. Fue director general de asistencia sanitaria de la Comunidad Valenciana.
- ***Begoña Frades García***. Psiquiatra y jefa del área de salud mental del Hospital Pare Jofre. Ha sido coordinadora autonómica de salud mental.
- ***José Antonio López Cócera*** es enfermero especialista en salud mental y miembro de la comisión nacional de la especialidad.
- ***Isabel González***. Médica radióloga. Fue jefa de servicio y profesora asociada de radiología en la Universidad Miguel Hernández de Elche así como Directora Gral. de la Alta Inspección y gerente de los departamentos de salud de San Juan de Alicante y La Ribera (Alzira)
- ***Enrique Ortega***. Médico especialista en enfermedades infecciosas y jefe de servicio de Enfermedades Infecciosas, Emergentes e Importadas. Ha sido profesor asociado de medicina de la Universidad de Valencia y Director Gerente del Departamento de Salud Hospital General de Valencia.
- ***Antonia García Valls***. Asesora coordinadora en la Vicepresidencia Cuarta, Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. Ha sido diputada en el congreso de los diputados.
- ***Pere Herrera de Pablo***. Médico de familia y médico SAMU. Ha ejercido como director del Servicio Emergencias Sanitarias de la Comunitat Valenciana.
- ***Roser Falip Barangué***. Doctora en Medicina y especialista en medicina de familia y en análisis clínicos. Ha sido gerente del departamento de salud de Alcoy.
- ***Juan Domene***. Médico Inspector en el servicio de calidad asistencial y seguridad del paciente. Ha sido gerente del departamento de salud Arnau de Vilanova-Lliria.

- *Verónica Montón Alegre. Artista interdisciplinar y docente de secundaria.*