

## **Amagar o donar a conèixer el suïcidi.**

### **Una anàlisi de les estratègies actuals de prevenció**

El 2010 suïcidi va ser, per segon any consecutiu, la primera causa no natural de mort a Espanya, segons recull l'últim informe de defuncions fet públic per l'Institut Nacional d'Estadística del passat 20 de març (INE, 2012). La raó per la qual els suïcidis ocupen la posició més alta en el rànquing és perquè el nombre d'accidents de trànsit ha continuat disminuint. Aquest informe, basat en les dades del 2010, recull un total de 3.145 morts per suïcidi (2.456 homes i 689 dones).

La magnitud d'aquest tràgic problema de salut pública creix quan tenim en compte que per cada suïcidi consumat es calculen una trentena de casos d'intents (Tejedor, 2011). A més, tampoc podem oblidar el gran malestar emocional, social i econòmic que suposa per les famílies i l'entorn proper de les persones que fan intents i/o se suïciden. Aquest problema és compartit arreu del món, i per aquest motiu la OMS (2004) considera que cal adoptar amb urgència mesures coordinades i més enèrgiques per evitar aquest nombre innecessari de víctimes i reduir així la despesa que suposa per la sanitat pública.

L'objectiu principal del present article és donar a conèixer algunes de les formes principals de prevenció de les conductes suïcides. Per a fer-ho, en primer lloc s'argumentarà la necessitat de donar a conèixer, en lloc d'amagar, els intents i casos de suïcidi. Després, es consideraran algunes estratègies i mètodes actuals utilitzats tant a nivell de teràpia individual com comunitària. Per acabar, es tindran en compte algunes possibles aplicacions de les noves tecnologies amb aquesta finalitat preventiva.

Si el que volem és actuar en la prevenció, una de les primeres preguntes que se'ns acut és quins són els factors de risc que poden portar a la conducta de suïcidi. Aquesta temàtica ha estat àmpliament estudiada. Nordentoft (2011), en el seu article de revisió, apunta que el principal factor és haver comès un intent anteriorment. En segon terme, considera rellevants els trastorns mentals, com els trastorns afectius, els trastorns de la personalitat, l'abús de substàncies, l'esquizofrènia, així com també d'altres variables com els antecedents familiars, els contextos socioeconòmics i educacionals pobres, la hostilitat, la desesperança, viure sol, estar a l'atur i tenir una dèbil salut física. Un altre factor de risc àmpliament estudiat és la variable edat. Tejedor (2011) principalment

destaca dos grups: la vellesa i l'adolescència. Considerant la tendència a l'envelliment de la població, ens trobem davant d'un motiu d'alerta. D'altra banda, la OMS (2004) i l'Associació Internacional per la Prevenció del Suïcidi (2012) consideren que el factor que predisposa més a la conducta suïcida és la depressió. Tejedor, Psiquiatra especialista en la Conducta Suïcida, en considera cinc: el trastorn mental, els pensaments o idees suïcides després d'intents previs, una malaltia somàtica crònica, l'aïllament, i els factors estressants que trenquen l'equilibri emocional (Amiguet, 2009). Així doncs, la psicologia, en general, i els psicòlegs clínics, en particular, tenen un paper molt rellevant en la tasca de prevenció de les conductes suïcides.

Un element necessari per treballar en la prevenció és fer visible el problema, per tal de conscienciar a la societat i a les Institucions sobre la necessitat d'invertir-hi recursos. Per tal de poder donar una perspectiva més fidel de la gravetat del problema a la societat, les dades epidemiològiques solen ser un recurs molt utilitzat. És en aquest punt on ens trobem davant d'una particularitat que dificulta el seu estudi: el silenci. L'ocultació de la causa vertadera de la mort en els casos de suïcidi, pot ser, en part, una herència del catolicisme, que conceptualitza el suïcidi com a immoral i motiu de vergonya. Un reflex d'aquesta realitat, encara present, el podem trobar al món del cinema, en la proposta de Ogando, Tejera i Reyes (2011).

Diversos autors han intentat fer una estimació del nombre de casos de suïcidi que s'ignoren. Tot i l'àmplia controvèrsia, es calcula que, com a mínim, un 30% són amagats, de manera que no formen part dels registres oficials. A continuació s'analitzaran alguns dels motius que poden portar a emmascarar la causa real de la mort, juntament amb els arguments que suggereixen que cal fer-la evident.

En primer lloc, socialment encara es manté la idea que darrera del suïcidi hi ha la llibertat d'elecció del qui consumeix l'acte. Amb aquest argument, responsabilitzem a la persona i al seu entorn. És per aquest motiu que, per evitar culpabilitzar a algú, s'amaga. Una alternativa a aquesta interpretació és la que ens proposa la Carmen Tejedor, segons la qual l'acte suïcida és el resultat d'una alteració de l'estat emocional que impedeix a la persona poder decidir lliurement (Amiguet, 2009). Des d'aquesta

perspectiva, ni la persona ni l'entorn no en són responsables, i per tant, permet fer visible la causa real de mort i donar a les famílies el suport que necessiten.

A nivell social o comunitari també hi ha raons per voler ocultar la causa real de les morts, ja que són l'evidència que alguna cosa del sistema on vivim no acaba de rutllar. No obstant això, aquest no és un argument que pugui justificar el fet que s'hagin d'amagar. Només acceptant els problemes que hi ha al nostre entorn podrem començar a fer alguna cosa per a solucionar-lo.

Un tercer argument dels qui són partidaris de seguir amagant el suïcidi és que així s'evita un suposat contagi, també anomenat *onada de suïcidis*. El raonament és que després de fer públic un cas, augmenta el nombre de casos posteriors, com si fos un factor motivador. Deixant de banda que no hi ha cap estudi que hagi pogut demostrar empíricament aquest fenomen, els experts en la matèria afirmen que els avantatges de fer públics els casos superen als inconvenients, ja que s'afavoreix l'actitud social proactiva davant del suïcidi (Amiguet, 2009).

Fins ara hem donat algunes raons a favor de la necessitat de fer visible la conducta i la ideació suïcida. Tot seguit veurem com el Programa de Prevenció de la Conducta suïcida del Districte de la Dreta de l'Eixample de Barcelona en pot aportar moltes més. Aquest programa pluridisciplinar, que inclogué la psiquiatria la psicologia individual o grupal i el treball social, va aconseguir reduir un 66% els intents de suïcidi respecte al grup control després d'un any de seguiment, termini que es considera d'alt risc de reincidència (Tejedor, 2011). Aquest programa també va ser altament eficaç per la detecció de la idea suïcida i l'adherència a la teràpia després d'una temptativa, ja que van disminuir tant els intents com les hospitalitzacions. Tal com la bibliografia recolza, el programa dirigit per Tejedor es va basar en: a) impulsar programes d'educació i sensibilització en Assistència Primària; b) realitzar una campanya d'informació a la població general per tal de redefinir el concepte de depressió i facilitar informació dels tractaments adequats; c) treballar amb la comunitat i les xarxes de suport social dels pacients, i d) conduir grups de teràpia i d'autoajuda especialment dirigits a les persones amb antecedents d'intents de suïcidi.

Així doncs, es va aportar el coneixement adequat dels professionals sobre els trastorns depressius i els factors de risc suïcida, així com instruccions sobre com havien d'actuar.

Concretament en el cas de l'Eixample, s'havia detectat que: a) un 60% dels suïcides havien sigut visitats durant el mes anterior a la mort sense que es detectés el risc, i b) el 30% dels suïcides majors de 65 anys no estaven vinculats als Centres de Salut Mental, essent assistits únicament per metges de família. Tal com Rihmer (1996), Pompili (20011) i la OMS (2004) apunten, un factor de prevenció amb molt poder és la formació del personal sanitari.

Un altre factor important d'aquesta intervenció va ser el treball amb els “*gatekeepers*” o catalitzadors de la xarxa social en la detecció de signes d'alarma dels qui es troben en situació de risc. Així doncs, no només l'equip mèdic participà en aquest programa, sinó també tot el barri: l'equip de benestar social, serveis d'urgències, escoles, residències geriàtriques, associacions de veïns, familiars de malalts mentals, comissió pastoral diocesana, gestors de transport públic, bombers, policies, entre d'altres. Rihmer (1996) i la OMS (2004) també donen suport a aquest factor.

Com hem comentat, l'èxit d'aquest programa dóna suport als arguments a favor de fer públics els casos de suïcidi. Només si fem visible el problema podrem ser capaços de buscar solucions i donar suport a qui ho necessita. Són nombrosos els casos en què s'ha demostrat que la facilitació d'informació aporta múltiples beneficis en la prevenció. Per exemple, en el cas del Programa de l'Eixample, no es va detectar que la divulgació d'informació sobre la problemàtica suposés una onada de suïcidis. Contràriament, enriquir el coneixement de la comunitat sembla una forma econòmica i eficaç d'actuar a favor de la prevenció.

El Programa de l'Eixample és un exemple d'un projecte comunitari per a la prevenció de conductes suïcides. Seguidament, algunes de les eines de les quals disposen els professionals de la salut per a dur a terme aquesta prevenció.

Stanley i Brown (2012) proposen una intervenció interconsulta breu i eficaç per als pacients que tenen un cert risc però no suficient com per hospitalitzar-los. Es tracta d'un formulari que elabora el pacient amb un professional a la consulta, on es recullen les principals estratègies d'afrontament que pot aplicar en un moment de crisi. Aquestes inclouen: a) senyals d'avís d'una crisi suïcida; b) estratègies d'afrontament internes (per exemple, distreure's fent alguna activitat); c) situacions socials i persones que el

poden ajudar a distreure's; d) persones de l'entorn a qui pot demanar ajuda amb el número de telèfon; e) dades dels professionals i centres sanitaris on pot demanar ajuda en cas d'una crisi; i f) elements de l'ambient que el poden fer sentir més segur (per exemple: no tenir pastilles a casa). Així doncs, veiem com el factor de l'entorn social, es pot utilitzar com a factor preventiu.

Una altra tècnica que es pot utilitzar amb les persones amb risc de suïcidi és l'anomenada Mindfulness. Darrerament s'està portant a terme molta recerca en relació a aquesta tècnica, i els resultats són més que prometedors. Williams, Duggan, Crane i Frannell (2006), en un article de revisió, conclouen que la teràpia MBCT, que integra l'atenció a les pràctiques de meditació i les tècniques de Teràpia Cognitiva, està demostrant ser eficaç. Durant aquesta intervenció, s'ensenya a desenvolupar la consciència del moment, basant-nos en l'acceptació i evitació del judici d'un mateix. Això permet desenvolupar la capacitat de veure els propis pensaments com a esdeveniments vitals, i no com a fets, altrament anomenat consciència metacognitiva.

Per altra banda, Luoma i Villatte (2012) consideren que el Mindfulness ha demostrat eficàcia en reduir la conductes impulsives, per què permeten posar-se en contacte amb el malestar emocional sense fugir-ne, essent una eina especialment eficaç amb pacients amb un elevat risc de temptativa de suïcidi.. De forma similar, Garcia-Palacios (2006), en el seu article de revisió, descriu com s'ha aplicat aquesta tècnica amb pacients amb problemes d'impulsivitat i control emocional, com en el cas del Trastorn Límit de la Personalitat. Tot i que, en un primer moment, la meditació prolongada està contraindicada amb pacients amb patologia severa (Lienhan, 1994 cfr. Garcia, 2006), el Mindfulness ha esdevingut un component fonamental de la Teràpia Dialèctica Conductual (DBT) de Lienhan. La raó de l'eficàcia d'aquesta intervenció en aquest programa, apunten Welch, Rizvi i Dimidjian (2006), és que la meditació s'utilitza de forma especialment breu.

Per acabar, un altre element important que hem de tenir en compte com a professionals i membres de la societat és la influència de les noves tecnologies a la conducta suïcida. La presència d'Internet està canviant algunes característiques de la conducta suïcida. Moreno i Blanco (2012) remarquen la necessitat de saber quines fonts d'informació

utilitzen els pacients, i valorar si els pot suposar un factor de risc o gravetat afegit al quadre clínic. Per altra banda, a la consulta també podem recomanar materials que es poden trobar a la xarxa i que poden ajudar als pacients i familiars. A més, les eines informàtiques i les xarxes socials poden potenciar el treball comunitari pel que fa a la prevenció i detecció de situacions de risc. Actualment, als Estats Units i al Canadà, els usuaris de la xarxa social Facebook tenen una aplicació que permet aviar quan es detecta una conducta de risc suïcida (Moreno i Blanco, 2012). D'aquesta manera s'envia automàticament un missatge amb un enllaç des d'on l'usuari es pot posar en contacte amb un representant de la Línia de Prevenció de Suïcidis. D'acord amb la proposta dels autors esmentats, seria de gran ajuda estendre aquest tipus d'aplicacions.

En aquest article s'ha destacat el gran problema social que suposen les conductes suïcides arreu del món. Primerament s'ha argumentat que donar a conèixer les conductes suïcides, en lloc d'amagar-les, és una forma de prevenció que possibilita el suport a les persones en risc de suïcidi i al seu entorn. Després, s'han explicat els beneficis d'un programa d'intervenció comunitari dut a terme al barri de l'Eixample de Barcelona per a la prevenció de conductes suïcides. També s'han vist algunes de les eines que professionals de la psicologia poden utilitzar amb pacients en risc, com per exemple, el Mindfulness. Finalment, s'ha suggerit la necessitat d'utilitzar noves tecnologies en favor de la prevenció, com és el cas d'introduir un sistema d'alerta i ajuda al Facebook.

## Referències

Amiguet, Ll. (2009). [Entrevista amb Carmen Tejedor, psiquiatre directora durant diversos anys del Programa de Prevenció del Suïcidi a l'Eixample de Barcelona. "Yo nunca he encontrado libertad en un suicida"]. *La Vanguardia*. Consultat a <http://lescontres.blogspot.co.uk/2009/06/carmen-tejedor-psiquiatra-dirige-el.html> el 10 de maig del 2012.

García-Palacios, A. (2006) Mindfulness en la Terapia Dialectico Conductual. *Mindfulness y Psicoterapia*, 17, 121-132.

INE (2012). Instituto Nacional de Estadística. Consultat a <http://www.ine.es/> el 29 de març del 2012.

- Lumona, J.B. i Villadette J.L. (2012). Mindfulness in Treatment of Suicidal Individuals. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 265-276.
- Moreno, P. i Blanco, C. (2012). Suicidio e Internet. Medidas preventivas y de actuación. *Psiquiatria.com* consultat a <http://www.psiquiatria.com> el 18 de maig del 2012.
- Nordentoft, M. (2011). Crucial elements in suicide prevention strategies. *Progress in Neuro-Pharmacology and Biological Psychiatry*, 35, 848-853
- Ogando, B., Tejera E., Hernández, R. (2011) El rostro del suicida en el espejo del cine. *Revista medicina y cine*, 7(3), 107-117.
- OMS (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Consultat a <http://www.who.int/> el 30 d'abril del 2012.
- OMS (2012). Día Mundial para la prevención del suicidio. Consultat a <http://www.who.int> el 18 de maig del 2012.
- Pompili, M., (2011). Integration of suicidology with general medicine: An obligation to society. *Patient Education and Counseling*, 85, 127-128.
- Rihmer, Z. (1996). Strategies of suicide prevention: focus on health care. *Journal of Affective Disorders*, 39, 83-91.
- Stanley, B. i Brown, G.K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256-264.
- Tejedor, C., Diaz, A., Faus, G., Perez, V., Solá I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Española Psiquiatria*, 39(5), 280-287.
- Welch, S.S., Rizvi, S. I Dimidjian, S. (2006). Mindfulness in Dialectical Behavior Therapy (DBT) for borderline personality disorder. En R.A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches* (pp. 117-142). Burlington, MA: Academic Press.
- William, J.M.G, Dugan, D.S., Crane, C. i Fennell, M. (2006). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Recurrence of Suicidal Behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 62(2), 201-210.