

**Consideraciones para
un abordaje social y
sanitario del suicidio**
a propósito del Código
Riesgo de Suicidio

Consideraciones para un abordaje social y sanitario del suicidio

a propósito del Código
Riesgo de Suicidio

Autores:

M^a José Fernández de Sanmamed

Judit García

M^a Victòria Mazo

Juan Manuel Mendive

Elena Serrano

Francesca Zapater

Mayo 2018

Para citar este documento sugerimos hacerlo de la siguiente forma:

Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Serrano E, Zapater F. Consideraciones para un abordaje social y sanitario del suicidio a propósito del Código Riesgo de Suicidio. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària. 2018

Fotografía de portada: Elena Serrano

1ª edición: mayo 2018

© Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Serrano E, Zapater F.

Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP)
<https://focap.wordpress.com/>

Producción gráfica: Lacontragrafica.com

Imprenta: Service Point



Índice

1. Por qué este documento?.....	7
2. El suicidio, desde el inicio de los tiempos	9
3. Epidemiología del suicidio	13
4. El Código Riesgo de Suicidio: un intento de prevención.....	19
5. Consideraciones sobre el Código Riesgo de Suicidio.....	22
6. Evidencias en los programas de prevención del suicidio.....	28
7. Apuntes para un abordaje sanitario y social de la prevención del suicidio.....	31
8. Bibliografía	36



POR QUÉ ESTE DOCUMENTO?

1

Hace dos años, con la publicación denominada «Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud» (1) tratamos la relación entre la salud mental y los condicionantes sociales. El empeoramiento de las condiciones de vida de amplios sectores de la población en la última década, consecuencia de la crisis económica y de las políticas de austeridad, ha comportado niveles elevados de sufrimiento y pérdida de expectativas personales y familiares a corto y medio plazo.

Las sociedades y los estados que han causado este sufrimiento no han ofrecido medidas de protección que puedan reducir el impacto en las personas más vulnerables. Los efectos se han manifestado en un aumento de trastornos emocionales (ansiedad, alteración del ánimo), de conductas de riesgo (consumo de tóxicos) y de auto-agresividad, como son las conductas suicidas. En nuestro país se ha observado un aumento de la tasa de suicidios en los últimos años que se ha reflejado en las estadísticas de mortalidad.

La muerte voluntaria es un fenómeno producido por múltiples causas, que responde en parte a la existencia de agresiones externas, entre las cuales se encuentran las pérdidas de trabajo y de ingresos económicos o de vivienda que comportan graves dificultades para subsistir y ponen a las personas en situaciones límite. Una de las causas de las conductas suicidas es la enfermedad mental, pero no es creíble que ésta explique el 90% de los casos, como se defiende desde ciertos autores y entornos

(1). Este documento precede al actual trabajo, siendo elaborado por el grupo de trabajo GraFoCAP y disponible en:
<https://focap.files.wordpress.com/2016/12/atencion-a-las-personas.pdf>

médicos. Esta interpretación está basada en la concepción biologicista que ha dominado la medicina desde la mitad del siglo pasado e infravalora los determinantes sociales de la salud y de la conducta humana.

A pesar de que el suicidio está rodeado de falta reconocimiento e incluso tiende a ser silenciado, ha suscitado un creciente interés social e institucional en las últimas décadas. En nuestro entorno, el sistema sanitario ha promovido planes de prevención con la intención de reducir el número de muertes por esta causa. La principal iniciativa llevada a cabo en Cataluña en este terreno es el denominado Código Riesgo de Suicidio (CRS)¹, que se basa en la premisa de que la mayoría de actos suicidas son debidos a la presencia de una enfermedad mental y establece unos protocolos de seguimiento de las personas que han sobrevivido a los intentos de autolisis.

En los últimos años se han manifestado numerosas voces a nivel internacional que ponen en evidencia la falta de consistencia científica de los enfoques de la salud mental de base biologicista y farmacológica. Se reclaman comprensiones que tengan en cuenta los factores sociales y vivenciales, y políticas asistenciales ancladas en la realidad comunitaria y en el trabajo desde la subjetividad de las personas para reducir los sufrimientos y procurar un mejor bienestar material, físico y mental.

Este documento quiere aportar un conjunto de consideraciones alrededor de la política de prevención del suicidio, incorporando los determinantes sociales tanto en su comprensión como en la intervención social y sanitaria.

EL SUICIDIO, DESDE EL INICIO DE LOS TIEMPOS

2

La historia del suicidio no es más que una historia del dolor, o mejor dicho, una historia individual y social del dolor

Ramón Andrés

La muerte voluntaria ha estado presente en toda la historia de la humanidad, desde el mundo antiguo hasta nuestros días. Ha sido motivo de estudio y centro de interés de pensadores de diferentes disciplinas que se han adentrado en la búsqueda de explicaciones de este hecho. El suicidio ha sido también el protagonista de muchas obras de arte y de la literatura de todos los tiempos.

Cada época histórica ha ofrecido su interpretación de las conductas suicidas, otorgándoles un significado en función del marco social, político y cultural en que se producían. Ha afectado y afecta a todas las clases sociales, a todos los ámbitos geográficos y a personas con diferente formación intelectual. Un elemento común de las diversas épocas y miradas ha sido considerar que la muerte voluntaria expresa la respuesta humana a situaciones de desesperación, desamparo, sufrimiento, falta de sentido de la vida o falta de esperanza. La búsqueda de la felicidad, el ejercicio de la autonomía personal o la expresión máxima de la libertad se han referido como motivaciones de las personas que han acabado de manera voluntaria con su vida. Todas las sociedades occidentales, con mayor o menor fuerza, han rechazado las conductas suicidas y hasta hace poco se ha castigado a sus protagonistas y a sus familiares.

Ramón Andrés, en el libro «Semper Dolens Historia del suicidio en Occidente»², hace un minucioso seguimiento del hecho suicida desde los inicios de la historia de la humanidad y nos recuerda que el sufrimiento humano es inherente a nuestra existencia y que «nos damos muerte por

lo mismo que hace miles de años». La intención de acabar con el dolor físico o moral dentro de una realidad social y psicológica altamente compleja, que se mueve entre la supervivencia y la autodestrucción, ha llevado a lo largo de la historia a procurar la propia muerte. Tan reduccionista es atribuir la muerte voluntaria exclusivamente a las causas sociales como lo es hacerlo únicamente a las causas patológicas, si bien las dos pueden explicar parte del fenómeno.

En el siglo XVIII, con la Ilustración y el incipiente desarrollo del pensamiento científico se comienza a buscar una explicación fisiopatológica del suicidio con la teoría de los humores; en concreto se atribuía la causa a la presencia de la bilis negra. Pero fue durante el siglo XIX que la medicina se encargó de otorgar una alteración mental a las personas con conductas suicidas. En nuestro entorno, el psiquiatra Pere Mata fue un buen representante de esta tendencia positivista al defender que el trastorno mental es la causa principal del suicidio. Aunque en los registros oficiales de la segunda mitad del siglo XIX se recoge que solo el 32% de los suicidios son causados por enfermedad mental, la medicina y la psiquiatría insistieron en que hay una base patológica en el 90% de los casos.

Esta visión se acentúa durante el siglo XX con el desarrollo de la psiquiatría biologicista y de la psicofarmacología. Según esta visión, el sufrimiento psicológico y moral y el desequilibrio emocional se transforman en enfermedades. Los «síntomas depresivos» como el desánimo o la falta de esperanza reactivos a situaciones de desamparo y de dificultades para sobrevivir, que constituyen reacciones propias de los humanos, se interpretan como reacciones patológicas.

Frente a las visiones médicas, tenemos las teorías sociológicas, que destacan los factores sociales como causa principal del suicidio. El autor más representativo es el sociólogo Émile Durkheim³, según el cual cuando la sociedad fracasa en regular las condiciones de vida para un buen desarrollo de las personas, las lleva al fracaso y alimenta conductas autodestructivas. Las sociedades industriales que fomentan el individualismo y enaltecen el bienestar y el consumo no aseguran que todo el mundo pueda llegar a las metas que se le plantean. Durkheim entiende el suicidio como una respuesta a la rotura de los lazos entre individuo y sociedad, como un acto para salvar el

honor perdido, o como una manera de enfrentar con la propia muerte las normas impuestas por la sociedad. En la medida en que no se consideran las causas sociales, la enfermedad llega a ser la coartada de una sociedad injusta que lleva a sus miembros a la muerte como respuesta al fracaso personal y social y a la falta de alternativas para una vida que se le había prometido llena de éxito y progreso.

El secretismo que ha habido, y todavía hay, alrededor de la muerte voluntaria en las sociedades occidentales ha hecho que no dispongamos de datos fiables que nos informen de la evolución de su incidencia. Pero todo apunta a que durante el siglo pasado, y lo que llevamos del actual, se ha producido un aumento significativo. La OMS (Organización Mundial de la Salud) presentó el año 2002 un informe⁴ sobre los riesgos para la salud. Basándose en datos del año 2000 afirma que el suicidio es la primera causa de muerte violenta en el mundo, por delante del homicidio e incluso de los conflictos bélicos. La incidencia en hombres es muy superior que en mujeres (tres veces más) mientras que los intentos no consumados son superiores en mujeres (cinco veces más).

Repasando casos de suicidios del siglo XX, como los producidos entre los granjeros británicos a raíz de la crisis de las vacas locas, los de empleados de empresas tecnológicas en crisis en Francia o los de directivos de empresas financieras de los Estados Unidos ante el desastre económico y financiero iniciado en 2008, se hace difícil pensar que todos ellos eran enfermos mentales. En países que han sufrido graves crisis económicas, como Rusia en los años 90 o Grecia desde 2008, se ha observado un importante aumento de la tasa de suicidios. En concreto, en Grecia se produjo un aumento del 35% en las tasas globales entre los años 2010 y 2012^{5,6}.

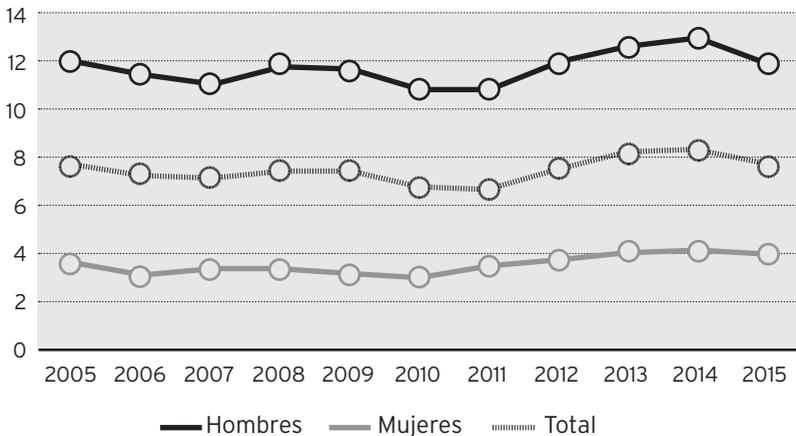
Una paradoja de la medicina de nuestro tiempo es el hecho que el elevado consumo de antidepresivos de las últimas décadas no ha conseguido disminuir la prevalencia de la depresión ni la tasa de suicidios. Esta realidad pone de relieve las limitaciones del abordaje de la depresión y del suicidio que se hace desde la psiquiatría actual.

Es difícil diseccionar los diferentes elementos causales del suicidio, que, como toda conducta humana, responde a múltiples razones y se asienta

sobre un complejo entramado de factores sociales, psicológicos y psiquiátricos interrelacionados entre sí. Pero, precisamente, tener en cuenta esta complejidad nos ha de orientar a la hora de comprender, interpretar e intervenir en lo que es un problema de salud pública y para paliar el sufrimiento de numerosas personas. Y, por qué no, reclamar políticas que no lleven a la miseria, la exclusión, la marginación y el sufrimiento psicológico y moral a tantas y tantas personas.

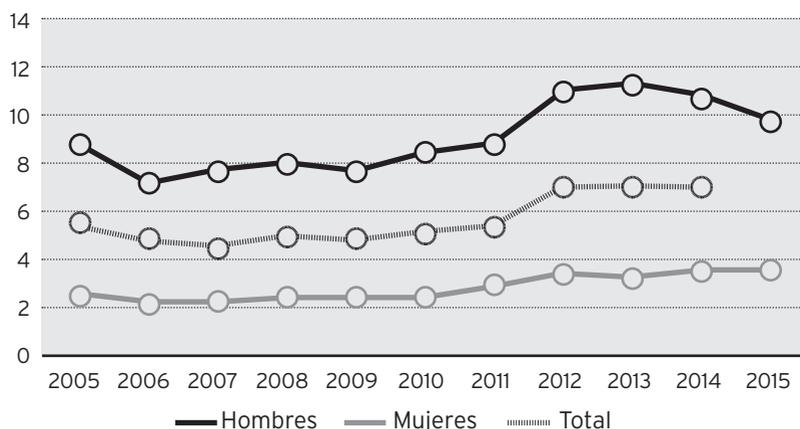
En el Estado Español y en Cataluña la mortalidad por suicidio tenía una tendencia decreciente en todos los grupos de edad y llegó a su decrecimiento máximo entre 2009 y 2010. Después de la gran recesión económica iniciada en 2008-2009 esta tendencia se ha invertido y la mortalidad por suicidio ha ido incrementando, llegando, en 2014, a la cifra más elevada desde 1980 tanto en hombres como en mujeres (fig. 1 y fig. 2). El incremento en el número y las tasas de suicidios se inició en España en 2012 y se ha mantenido durante los años 2013 y 2014 (las tasas de suicidios por 100.000 han pasado de 7'6 en 2012 a 8'4 en 2014). Los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) son de 2015 y parece que disminuyen ligeramente en los hombres, tanto el número como las tasas, y se mantienen en las mujeres.

Figura 1. **Evolución de las tasas de suicidio 2005-2015 en el Estado Español, por sexos. (Por 100.000 habitantes).**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/espaa%C3%B1a/>

Figura 2. **Evolución de la tasa de mortalidad por suicidio 2005-2011 en Cataluña, por sexos. (Por 100.000 habitantes).**



Fuente: Idescat e Instituto de Salud Carlos III <http://raziel.cne.isciii.es/raziel/maps/Map-cons.php>

En Cataluña, la evolución de la mortalidad por suicidio ha sido similar. En el año 2010 se produce un incremento en el número y las tasas de suicidios en hombres y mujeres y se mantiene durante los años 2011, 2012 y 2014. En el año 2015 parece que vuelve a reducirse en los hombres y se mantiene el incremento en las mujeres⁷.

Según datos del INE, la magnitud del problema en los últimos años es la siguiente: en 2013 se produjeron 3870 suicidios en el Estado Español (2911 hombres y 959 mujeres), es decir, 331 suicidios más que en 2012 (destaca un incremento del 17,7% en mujeres). En 2014 se produjeron 3910 muertes por esta causa (2938 hombres y 972 mujeres) y en 2015 hubo 3690 muertes por suicidio (2700 hombres y 990 mujeres).

Los datos son concordantes con el conocimiento que teníamos de crisis económicas previas y con la evolución de la mortalidad por suicidio en otros países de la Unión Europea durante la crisis actual. Diversas revisiones sistemáticas y estudios, tanto de crisis económicas previas^{8,9} como de la gran recesión recientemente sucedida en Europa^{10,11} evidencian y permiten afirmar que la mortalidad por suicidio aumenta en las recesiones económicas.

MORTALIDAD POR SUICIDIO, DESIGUALDADES Y CONDICIONANTES SOCIOECONÓMICOS

Existen claras desigualdades de **género y por edades** en la mortalidad por suicidio. Es considerablemente mayor en hombres que en mujeres, y este patrón es estable a lo largo del tiempo. Históricamente, tanto el número como las tasas han sido y son más elevadas en los hombres que en las mujeres en todos los grupos de edad.

Por edad también se encuentran diferencias. La franja de edad con las tasas más elevadas son las de personas mayores de 75 años y aumentan considerablemente a partir de los 85 (más en los hombres). No obstante, la franja de edad que aporta más número de muertos al total por suicidio es la de los hombres en edad laboral y sobretodo la franja de 40 a 65 años.

Asimismo, y a pesar de representar un número relativamente pequeño de muertes (310 niños y jóvenes menores de 30 en 2013, números que representan una tasa de 2,6 por 100.000), conviene destacar que el suicidio es la tercera causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años, predominantemente en los hombres y su tasa triplica la de las mujeres¹².

Conviene destacar que tanto los estudios primarios y las revisiones cuantitativas^{13,14,15,16} como los estudios basados en narrativas, nos señalan que el suicidio se incrementa en las personas en **condiciones socioeconómicas desfavorables**.

La evidencia documenta claramente que la mortalidad por suicidio aumentó en hombres en edad laboral en crisis anteriores^{8,9} y que **el paro está asociado** al aumento de la mortalidad por suicidio, básicamente en casos de paro de larga duración⁹. Este riesgo es mayor los primeros 5 años de paro pero persiste durante 16 años después de perder el trabajo. También existen evidencias de que las personas en paro o en situación de precariedad laboral ven más afectada su salud psicológica.

El Informe del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña de marzo de 2017⁷ señala que la mortalidad por suicidio presenta un **gradiente social claro**, sobretodo entre los hombres, y además la tasa es el doble en los hombres que no trabajan y entre los que trabajan es también mayor

en aquellos que ganan menos de 18.000 euros/año. Entre la población mayor de 65 años los hombres con rentas inferiores a 18.000 euros/año multiplican por 2,7 la tasa de suicidios respecto a aquellos de su misma edad con rentas superiores a 18.000 euros.

Un artículo reciente que estudia la mortalidad por suicidio en Barcelona y Euskadi y su relación con el **nivel educativo**¹⁷ muestra que el suicidio aumenta cuando el nivel educativo es más bajo y esta asociación es muy clara y consistente en los hombres y sobretodo en los hombres en edad laboral.

Las noticias y la lista y registros de suicidios directamente relacionados con **desahucios y ejecuciones hipotecarias**¹⁸, despidos y otras situaciones de estrés debidas a la recesión, nos sitúan delante de muertes atribuibles a la crisis y por tanto, evitables.

En este sentido es interesante escuchar las narrativas de los afectados en el estudio cualitativo realizado por el Observatorio de Salud Mental de Cataluña¹⁹ que “recoge los relatos, las quejas y los malestares de las personas que acuden a los servicios sociales de primaria por causas directamente relacionadas con la crisis económica”. En los relatos predominan referencias a la pérdida de control sobre la propia vida, a la desesperación y sentimientos de inutilidad y a la ideación de muerte. Hablan de los pensamientos y de las vivencias de desesperanza y la inutilidad de los esfuerzos personales para resolver el problema. Ideas que muestran una posición pasiva ante del suicidio.

Sin embargo, se sabe que la mortalidad por suicidio en épocas de crisis se puede revertir con medidas de protección social y políticas laborales²⁰. Así, en Finlandia durante la crisis del 90-93 el paro subió del 3,2% hasta el 16,5% y no aumentaron los suicidios²¹ y esto contrasta con lo que pasó en Rusia, donde la mortalidad por suicidio aumentó significativamente²². Otro ejemplo es la comparación realizada entre España y Suecia en la asociación entre la tasa de paro y las tasas de suicidio entre 1980 y 2005. Mientras que en España había una clara asociación entre paro y suicidios y éstos aumentaban cuando aumentaba el paro, en Suecia no se produjo esta asociación²³. Los autores que estudian estas diferencias lo atribuyen, entre otros factores, a la diferencia de capital social de que

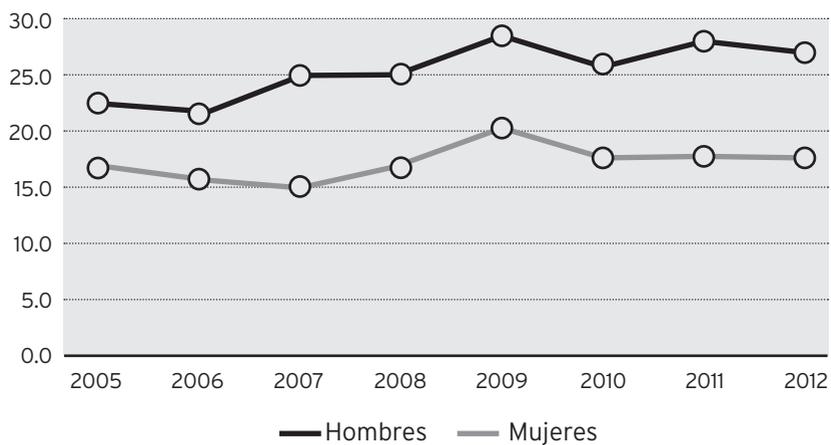
disponían los países y a las políticas de protección social y estímulo de la ocupación que los estados implantaron para minimizar los efectos de la crisis. Los datos de la Unión Europea indican que el aumento del paro no incrementa la mortalidad por suicidio cuando se gastan en programas sociales más de 190 dólares por persona y año. La misma hipótesis se plantea desde el sentido opuesto, encontrándose una asociación entre el incremento del suicidio y la reducción del gasto en políticas sociales²⁰. Esta evidencia contrasta con las medidas de austeridad y los recortes que han llevado a cabo los gobiernos en la actual crisis. La austeridad y los recortes sociales, en lugar de ser una solución, son una parte importante del problema.

INTENTOS DE AUTOLISIS

En Cataluña disponemos de datos sobre los intentos de autolisis a partir del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalario (CMBD-AH) y los ingresos hospitalarios. Las tasas de hospitalización por intento de suicidio han aumentado significativamente en el período 2005-2012, tanto en hombres (de 16,9 a 17,9) como en mujeres (de 22,2 a 26,7) (fig. 3). La evolución de las tasas específicas de hospitalización por edad por esta causa pone de manifiesto una tendencia creciente (tanto en hombres como en mujeres), y esto se explica por el incremento en las personas mayores de 44 años. Destacamos también las tasas en personas mayores de 65 años (20,7 en mujeres y 16,4 en hombres)²⁴.

Estos datos son también concordantes con otros estudios sobre ideación autolítica, como el realizado en Grecia²⁵ entre 2009 y 2011 mediante encuestas telefónicas. Se comprobó que la ideación suicida aumentó significativamente en el segundo período, pasando del 5,2% al 6,7%.

Figura 3. **Tasas de hospitalización por intento de suicidio en Cataluña, por sexos. (Por 100.000 habitantes).**



Fuente: Conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria (CMBD-HA), CatSalut.
Adaptado de: Suelves JM, Colls C. 2013.

EL CÓDIGO RIESGO SUICIDIO: UN INTENTO DE PREVENCIÓN

4

El Código Riesgo Suicidio (CRS) se define como “un conjunto protocolizado de actuaciones preventivas y asistenciales dirigidas a aquellas personas que en el momento de contactar y/o acudir al Sistema Sanitario Integral de uso público de Cataluña (SISCAT) presenten un riesgo importante de suicidio”. Aparece en la instrucción de 10/2015 del CatSalut en un documento elaborado por el mismo CatSalut y el Departament de Salut¹.

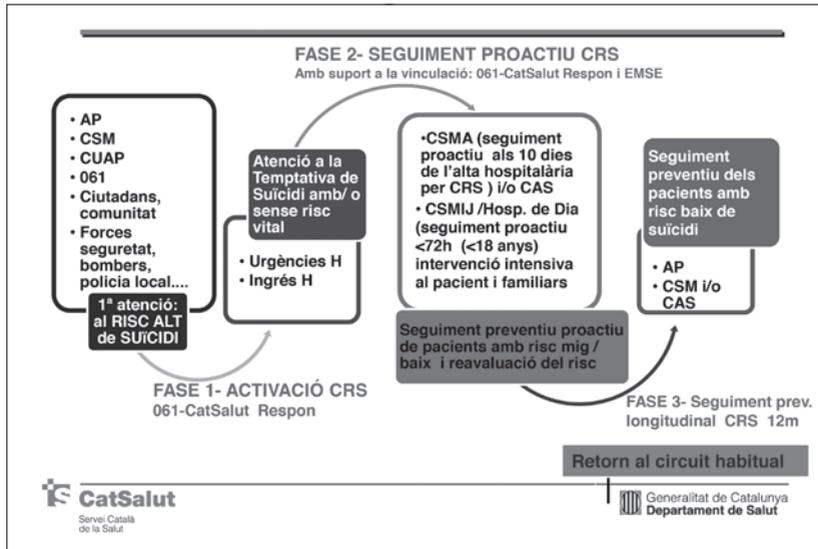
El CRS surge en un contexto internacional (programa SUPRE de la OMS) y europeo (Plan de acción europeo para la salud mental) de priorización de la salud mental, la atención a la depresión y al riesgo de suicidio, considerado como un problema de salud pública. Dentro de las líneas estratégicas del Plan de Salud 2011-15 se proponía como objetivo la disminución de la mortalidad por suicidio y en 2015 se puso en marcha el CRS, precedido por unas experiencias piloto en Sabadell y en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. En el Plan de Salud 2016-20 consta como objetivo para 2020 implantar el CRS en todo el territorio y recuerda que la OMS prioriza el suicidio como una de las principales causas de mortalidad evitable con políticas sanitarias.

El CRS propone los siguientes objetivos: disminuir la mortalidad por suicidio, aumentar la supervivencia de la población atendida por conducta suicida y prevenir la repetición de tentativas suicidas. El ámbito de su aplicación es el CatSalut, el Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT) y el Servicio de Emergencias Médicas (SEM). El CatSalut dispone de un registro sanitario de los casos y también existe una Comisión de Seguimiento y Evaluación de la atención y el registro del CRS.

Los instrumentos para valorar el riesgo alto de suicidio son: el módulo de suicidio de la escala Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) versión 5.0.0 validada en castellano (en la que una puntuación de 10 o

más indicaría riesgo alto), la evaluación psiquiátrica, los factores de riesgo y los signos de alarma, según describe el propio código.

Figura 4. **Fases y proceso asistencial del CRS**



Fuente: Generalitat de Catalunya. Implantación del Código Riesgo Suicida (CRS) en Cataluña. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://bit.ly/1iWMjO6>.

En la primera fase se realiza la valoración inicial por parte del servicio de primer contacto con la persona (sanitario, comunidad y/o fuerzas de seguridad...) y, si se detecta una situación de alto riesgo, hay que activar un traslado seguro al servicio de urgencias hospitalario de referencia a través del 061 CatSalut Respon. En el servicio de urgencias se procederá a la estabilización física del paciente, a hacer una valoración psiquiátrica para confirmar el nivel de riesgo alto (que será el criterio para incluir al paciente en el protocolo CRS), se valorará la indicación de ingreso hospitalario y se realizará una nueva valoración del riesgo de suicidio al alta de urgencias en caso de no precisar ingreso. Siempre se informará al paciente y a la familia de la activación del CRS (consentimiento informado verbal). Desde Atención Primaria (AP), cuando se detecta un caso

de alto riesgo de suicidio (según la escala MINI y la presencia de planes suicidas) se puede optar como primera opción por la interconsulta inmediata con el psiquiatra de referencia, y si esta visita no fuera posible, y según criterio médico, es necesario ponerse en contacto telefónico con el 061 CatSalut Respon para realizar el traslado a un centro hospitalario.

En la segunda fase se hace un seguimiento proactivo. Por un lado, contacto y visita post alta en los centros de salud mental correspondientes (CSM/CSMIJ) u hospital de día (HD) antes de 10 días en los adultos y antes de las 72 horas en menores. Posteriormente, se contempla una llamada a los 30 días desde el 061 CatSalut Respon o desde los equipos multidisciplinares de apoyo especializado (EMSE) para reevaluar el riesgo y verificar la vinculación con el equipo de salud mental. En esta visita post alta se establecerá un plan terapéutico.

La tercera fase es de seguimiento preventivo longitudinal durante 12 meses. En la instrucción de 10/2015 del CRS consta que sería óptimo una buena coordinación entre los servicios de salud mental y AP ya que ésta es la más cercana y conocedora de las necesidades de los pacientes.

A día de hoy no se ha publicado ninguna evaluación de resultados finales del CRS. En la memoria del CatSalut 2015 se dan datos del ritmo de implantación territorial y de resultados de proceso. Así, durante el año 2015 se atendieron un total de 1815 tentativas de personas con una media de edad de 41,8 años y mayoritariamente mujeres (64,8%). Otros datos que se facilitan son: el 66,3% de las personas han tenido una estancia hospitalaria de entre 0 y 1 días, el 83,6% de las altas han requerido un seguimiento por parte de los centros de salud mental y en el 87,8% de los episodios CatSalut Respon ha realizado seguimiento telefónico a los pacientes en los siguientes 30 días del alta²⁶.

CONSIDERACIONES SOBRE EL CÓDIGO RIESGO DE SUICIDIO

5

Los planes y protocolos actualmente implantados, como el CRS, pueden aportar mejoras en el proceso de atención a las personas en riesgo de suicidio, pero en nuestra opinión son insuficientes para una estrategia global de prevención. Además, contienen elementos conceptuales que son discutibles y es por eso que a continuación formulamos un conjunto de consideraciones para la reflexión y el debate.

EL CONCEPTO DE "CÓDIGO"

En un intento de reducir la variabilidad en la práctica clínica se elaboran e implantan protocolos y guías en los diferentes ámbitos asistenciales. Estos deberían ser entendidos y utilizados como herramientas de apoyo a la decisión, no como reglas de obligado cumplimiento. Requieren ser adaptados a cada profesional, equipo, paciente y comunidad^{27,28}.

"Código" es la palabra elegida para el protocolo de atención a los pacientes en los cuales se detecta riesgo elevado de suicidio en el momento de contactar con el sistema sanitario. Leer esta primera palabra, código, puede predisponernos a una cierta rigidez, a una actuación generalizada e inmediata cuando se detecta un riesgo mayor en el resultado del test de cribado (puntuación igual o superior a 10 de la escala MINI)²⁹. Tal y como hemos comentado en apartados previos de este documento, no existe una única causa de suicidio, de manera que este abordaje puede llevar a una atención homogénea y uniforme, olvidando que las motivaciones y los contextos son diversos, y por lo tanto, nuestras actuaciones también deberían de serlo.

Otro motivo de confusión es que en nuestro entorno se usa la palabra «código» para identificar una situación de alto riesgo vital y el correspondiente protocolo de actuación, en patologías que pueden ser bien delimitadas clínicamente y diagnosticadas con pruebas de laboratorio o

de imagen, como el «Código infarto» o el «Código ictus». En el caso del riesgo de suicidio, la situación acostumbra a ser mucho más compleja e incierta por la falta de instrumentos de diagnóstico fiables y específicos.

EL USO DE ESCALAS PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO

Para evaluar el riesgo de suicidio el CRS propone dos instrumentos: 1. El uso de la escala MINI y 2. La valoración de los factores de riesgo individuales, como el diagnóstico previo de trastorno mental, el consumo o dependencia de alcohol u otras drogas, la ausencia de apoyo, los acontecimientos vitales estresantes, etc. Según una reciente revisión de metaanálisis, los instrumentos de valoración del riesgo han demostrado un bajo valor predictivo positivo. Casi la mitad de los pacientes muertos por suicidio tenían un bajo riesgo; en cambio la mayoría de personas etiquetadas como de alto riesgo no morirán por esta causa³⁰.

En el CRS la estratificación del riesgo genera la conducta asistencial que hay que seguir, hecho cuestionable si tenemos en cuenta que los instrumentos que se utilizan para medir el riesgo no son buenos predictores. Si bien en el CRS se habla también de la valoración clínica minuciosa ante una ideación o conducta suicidas, entendemos que se debería de poner más énfasis en la utilización de herramientas de valoración de tipo cualitativo, como la comunicación con el paciente, la comprensión de su narrativa y el enfoque a sus necesidades. En la historia clínica electrónica que se utiliza actualmente en Cataluña se dispone de la escala MINI como apoyo para la entrevista con pacientes con ideación autolítica, lo que puede inducir a no incluir aquellos aspectos que se formulan a través de la palabra, como son las experiencias vitales, las vivencias y los significados. Estos elementos están estrechamente implicados en la ideación suicida así como en la decisión de tirar adelante o no una acción autolítica.

EL ENFOQUE PREVENTIVO DESDE LA PSICOPATOLOGÍA

La comprensión global del fenómeno suicida y las conclusiones que podemos sacar de los datos epidemiológicos nos indican que la patología mental no es el único factor de riesgo y que los condicionantes sociales representan un componente no menospreciable de la causalidad. La construcción mental que se hace a nivel individual y social de las dificultades para tener una vida digna y aspirar a un pleno desarrollo personal

y familiar es un elemento clave en la consideración y la determinación de la muerte voluntaria como camino de salida del sufrimiento. El sufrimiento humano no se ajusta a los modelos psicológicos dominantes en occidente. La interpretación del sufrimiento se relaciona con una serie de sistemas formales o informales de pensamiento -teológico, económico, científico o psicológico- que le otorgan un significado ligado a su tiempo. En las sociedades occidentales racionalistas ha proliferado la creencia de que en el futuro el sufrimiento se podrá evitar con medios científicos y técnicos. Los autores de este documento somos reticentes a aceptar este pensamiento y creemos que mientras haya personas habrá sufrimiento³¹. Desde esta perspectiva, y desde la complejidad de la existencia y de las vivencias, no todas las conductas que pueden ser consideradas como "raras", "infrecuentes" o "extrañas", han de ser fruto de la psicopatología ni implicar la cascada de intervención que tendrá lugar después de la etiqueta diagnóstica³².

En los programas dirigidos a disminuir suicidios predominan las intervenciones médicas orientadas a lo directo y concreto, en especial a lo biológico. Echamos de menos propuestas para el abordaje de los problemas que interpelan a la sociedad y la hacen enfermar con el incremento de las desigualdades socioeconómicas que se alejan de la equidad y la justicia social. Se requiere una mirada alternativa a la individualidad de los protocolos y de los códigos e introducir una mirada global, de carácter «civil»³³. En el caso concreto del CRS se puede observar el predominio de la orientación a la psicopatología justificándose así las intervenciones desde salud mental o los centros de atención a drogodependencias. En cambio, falta la conexión con otros ámbitos que vincularían con otros tipos de causas, como el ámbito del trabajo social o la red comunitaria.

EL DUDOSO PAPEL DE LOS PSICOFÁRMACOS

El Plan de Salud de Cataluña para la prevención del suicidio hace énfasis en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión y establece los fármacos antidepressivos, en concreto los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), como primera línea de tratamiento en depresiones moderadas y graves, junto con intervenciones psicológicas como la terapia cognitivo-conductual³⁴. La efectividad de los ISRS para

el tratamiento de la depresión ha sido cuestionada cuando han salido a la luz análisis de los datos publicados y no publicados demostrando que hay una escasa diferencia estadística entre los efectos de los anti-depresivos y los del placebo³⁵.

No podemos pasar por alto el hecho paradójico, denunciado por Peter Gotszche³⁶, de que los psicofármacos constituyen un desencadenante del suicidio. Uno de los efectos esperados de los fármacos antidepresivos es el descenso de la tasa de suicidios, pero este hecho no ha sido demostrado. Al contrario, en las conclusiones de diversos metaanálisis se refieren cuatro veces más suicidios en pacientes tratados con ISRS que en los que reciben placebo. Este hecho se observa en todas las edades, pero especialmente en niños y jóvenes³⁷. Un hecho similar pasa con los intentos de suicidio: se producen el doble de casos en los pacientes tratados con ISRS que en los que se tratan con placebo³⁸. El mismo autor asegura que parte de las conductas violentas (incluidas las autolesivas) que presentan los pacientes con esquizofrenia serían fruto de la acatisia (agitación y dificultad de control) que producen los neurolépticos.

Hay que tener en cuenta que los únicos fármacos que han demostrado cierta efectividad en la prevención del suicidio son la clozapina en pacientes con esquizofrenia³⁹ y el litio en pacientes con trastorno bipolar⁴⁰.

LA INTERVENCIÓN DE LOS DIFERENTES SERVICIOS

Un tema recurrente a la hora de establecer la intervención de los diferentes servicios de salud es la discusión sobre cuál es el mejor nivel asistencial y cuál es el papel de cada uno en el abordaje y tratamiento de cada patología y situación.

El CRS establece realizar un seguimiento post alta a las personas que han sido hospitalizadas por un intento autolítico, y dice que se debe hacer por parte del servicio ambulatorio de salud mental y, de manera complementaria, por parte del O61 o el Equipo Multidisciplinar de Apoyo Especializado (EMSE) allí donde haya. El seguimiento del O61 o el EMSE es de tipo telefónico a los 30 días del alta y tiene como objetivo valorar el estado de salud del paciente y confirmar que la persona ha recibido la atención de los servicios sanitarios implicados.

Se sabe que un 75% de las personas que se suicidan han contactado con anterioridad con AP y que en un 45% lo han hecho durante el mes anterior al suicidio. Con los servicios de salud mental contactaron sólo un 30% de las personas que se suicidaron y un 20% lo hicieron el mes anterior al acto⁴¹.

Según nuestra experiencia también después del alta hay un elevado contacto de la persona afectada o de su familia con los profesionales de AP. Parece, entonces, que ésta debería tener un papel clave tanto en la detección del riesgo como en el seguimiento de los intentos. Los profesionales de AP acostumbran a tener un conocimiento amplio de la persona que atienden y de su entorno familiar y social. También son los profesionales en quien los pacientes depositan más confianza y establecen un mayor vínculo terapéutico.

Hablar de las ideaciones suicidas o de un intento fracasado, y a veces repetido, no es fácil. Es una cuestión de la esfera personal e íntima. Una llamada telefónica es fría, no se conoce ni se ve la cara de quién está al otro lado del teléfono, es difícil hablar de la vida y de la muerte con una persona desconocida. El seguimiento post alta por el O61 es una trasposición de las funciones de los servicios sociales y sanitarios primarios y una ruptura de la longitudinalidad de la atención. Son necesarios servicios de AP bien desarrollados, con profesionales bien formados, para asumir esta tarea y una buena capacidad de coordinación con los servicios de salud mental.

SE OLVIDAN LAS CAUSAS DE LAS CAUSAS

En apartados anteriores se ha comentado la complejidad y diversidad de las causas del suicidio. Algunos, efectivamente, son fruto de la depresión y de otros trastornos, pero una parte son desencadenados por las condiciones de vida y la falta de expectativas de futuro. Los datos epidemiológicos relacionan claramente su aumento con episodios de crisis sociales y políticas de austeridad.

Aunque el acto suicida se produzca en un momento de desesperanza y de grave afectación del estado de ánimo, ello no equivale a un estado patológico de depresión. Ni el CRS ni los programas de prevención del

suicidio contemplan acciones desde el ámbito político, social, económico o comunitario que eviten llegar a situaciones de desesperación. Una vez más se sanitizan las problemáticas sociales y se da el mensaje de que las causas se encuentran en la esfera de la patología y que el abordaje se basa en actuaciones profesionales y farmacológicas, ajenas a las dinámicas sociales. No queremos restar importancia a este tipo de intervenciones posiblemente útiles para personas que presentan realmente una patología mental, pero sí que queremos llamar la atención sobre el reduccionismo de este abordaje para muchas personas víctimas de la recesión económica y las políticas de austeridad, así como para aquellas gravemente afectadas por condicionantes sociales adversos.

En la medida que se obvian los determinantes sociales y políticos de las conductas suicidas, se ponen en marcha planes de prevención probablemente poco efectivos y se distorsiona el enfoque del abordaje del fenómeno. De esta forma se pone el acento en los factores psicopatológicos individuales y se hacen invisibles los factores sociales. Este hecho tiene consecuencias en la comprensión y la atención que harán los servicios asistenciales, que se centraran en lo individual por encima de lo colectivo.

EVIDENCIAS EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

6

Antes de profundizar en el análisis de la evidencia de los programas de prevención del suicidio, hay que resaltar una cuestión que se plantea en la literatura, y es que para realizar un plan preventivo se debe establecer, en primer lugar, el perfil de la personalidad suicida a través del recurso de la estadística. Sobre esta cuestión Ubieto⁴² dice que de esta forma se produciría la definición de un nuevo perfil de persona llamada “suicida”, a partir de la cual los profesionales seamos capaces de detectar al “suicida sospechoso”. Este planteamiento comportaría simplificar la valoración de las situaciones y las actuaciones preventivas, porque, como hemos visto anteriormente, no existe un único perfil “suicida” ya que las motivaciones y los contextos son muy diversos.

En este documento hemos decidido revisar la evidencia disponible de estudios con dos características: la participación de AP y el enfoque comunitario en la prevención del suicidio, y no hemos incluido estudios de intervención desde los dispositivos asistenciales de salud mental.

En 2014 la OMS publicó un documento titulado: “Prevención del suicidio, un imperativo global”⁴³ en el cual declara el suicidio como un problema de salud pública y fija los criterios básicos de las estrategias preventivas. El mensaje central del documento es que los suicidios se pueden prevenir, pero esto requiere acciones como restringir el acceso a los medios de suicidio, reducir el uso excesivo de alcohol, recoger y archivar datos de buena calidad sobre intentos de suicidio y suicidio consumado, proporcionar formación para sanitarios y no sanitarios, mejorar la calidad de los servicios de salud mental y promover la información responsable sobre el suicidio a los medios de comunicación. Así, se establece que la prevención debe ser una prioridad multisectorial que incluya no sólo el sector de la salud sino también los de la educación, la ocupación, el bienestar social, la justicia, los medios de comunicación y otros.

SISTEMA SANITARIO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: ROL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Las evidencias recogidas indican que la reducción global asumida por las intervenciones realizadas en el ámbito sanitario en general puede resultar modesta (entorno al 4% en una revisión de ensayos clínicos)⁴⁴.

Analizando casos individuales de suicidio y los datos de los estudios basados en la población, existe evidencia que, por ejemplo, el ingreso hospitalario involuntario de pacientes con riesgo de suicidio manifiesto, salva vidas⁴⁵. A pesar de ello, este hecho no responde a la pregunta de cómo, cuando o si se debería de utilizar esta medida para prevenir suicidios. El ingreso en el hospital tiene implicaciones éticas que se deberían de tener en cuenta en las decisiones clínicas, políticas y legales sobre su papel en las estrategias para la prevención del suicidio. El ingreso hospitalario de personas en riesgo de suicidio no fue planteado ni discutido en el informe de la OMS⁴⁶.

En una revisión sistemática de estudios publicados entre 1966 y junio de 2005, incluidos aquellos que habían evaluado intervenciones preventivas en los diferentes ámbitos (educación y toma de conciencia para el público general y por diferentes profesionales; herramientas de cribado para individuos de alto riesgo; tratamiento de trastornos mentales; restricción de acceso a medios letales; y medios responsables de informar del suicidio), se concluyó que entre las medidas para prevenir el suicidio, la formación de los médicos de familia en estrategias de detección y tratamiento de la depresión y la restricción de acceso a medios letales⁴⁷ fueron las más efectivas.

De los resultados de otros estudios hay que destacar:

- Que el 45% de las personas que se suicidan se habían visitado con su médico de familia en el mes anterior (versus el 20% que lo hicieron con los servicios de salud mental)⁴⁸.
- La evidencia existente sobre la efectividad de la formación de los médicos de AP en el reconocimiento y tratamiento de los trastornos depresivos y de la ideación y conducta suicidas⁴⁹.
- Entre las medidas más efectivas destacan los programas de intervención en población anciana con depresión. En un ensayo clínico en que el

grupo de intervención se realizó siguiendo las guías de práctica clínica (incluyendo tratamiento con ISRS) y apoyo psicológico personalizado con diferentes profesionales (de psicología, enfermería, medicina y trabajo social), teniendo en cuenta el riesgo individualizado, las tasas de ideación suicida disminuyeron más rápidamente en los pacientes de intervención en comparación con los pacientes de atención habitual y las diferencias consiguieron su punto máximo a los 8 meses⁵⁰.

SERVICIOS SOCIALES Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: ROL DE LA COMUNIDAD

Respecto a las intervenciones comunitarias para prevenir el suicidio, la evidencia no es concluyente y en general los resultados son también modestos. En este sentido se sabe que:

- Hay evidencias de la efectividad de restringir el acceso a medios letales. Por ejemplo, instalando vallas de seguridad en lugares en los cuales se puede saltar^{51,52,53}.
- Partiendo de la importancia de los indicadores sociales, se han desarrollado diferentes estrategias preventivas de alcance poblacional, aunque las evidencias de los impactos obtenidos resultan aún modestas.
- En este sentido se puede mencionar una iniciativa llamada National Youth Suicide Prevention Strategy desarrollada en Nueva Zelanda en la que se intentó una estrategia de prevención del suicidio desde el ámbito de la comunidad⁵⁴. Se trataba de incidir con mensajes dirigidos a los jóvenes para evitar conductas de riesgo como el consumo de alcohol y otras sustancias, potenciando los aspectos positivos de esta etapa de la vida.
- La buena acogida de esta iniciativa llevó al Gobierno de Nueva Zelanda a continuar la estrategia de prevención del suicidio apostando de manera decidida por incorporar un programa de prevención del suicidio de amplia extensión en el territorio y a diferentes grupos poblacionales, especialmente dirigido al colectivo de adolescentes de comunidades más vulnerables⁵⁵.

Están claras las dificultades para implementar planes de prevención efectivos y las limitaciones de los planes llevados a cabo desde los servicios sanitarios, por eso es necesario continuar investigando sobre intervenciones dirigidas a la comunidad y a los grupos con mayor vulnerabilidad social.

APUNTES PARA UN ABORDAJE SANITARIO Y SOCIAL DE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

7

Si consideramos que el suicidio es un fenómeno complejo que trasciende el ámbito sanitario, su prevención se debe plantear dentro y fuera del sistema sanitario. La intervención asistencial tiene sin duda un papel, pero limitado, sobretodo para abordar el sufrimiento mental de las personas gravemente afectadas por condicionantes sociales adversos.

A continuación apuntamos algunas intervenciones para el abordaje integral de la prevención del suicidio relacionado con causas sociales dentro y fuera del sistema asistencial.

LAS NARRATIVAS

El sistema neoliberal ha desarrollado una sociedad altamente competitiva, con grandes desigualdades, generadora de expectativas que no se pueden alcanzar y que pueden conducir a la frustración. Esta misma sociedad traspasa a los individuos las causas de los fracasos y de las insatisfacciones sociales y esto puede provocar sentimientos de culpa y sufrimiento mental⁴². El relato que se hace entorno a la afectación social y económica condiciona las respuestas delante de las dificultades y la determinación de la muerte voluntaria como camino de salida del sufrimiento. Una política de prevención del suicidio debería incluir narrativas individuales y colectivas que contemplen las causas económicas, la responsabilidad política, los modelos de convivencia, las experiencias y los relatos individuales.

LA SOCIEDAD DE CUIDADOS

El suicidio, como fenómeno social más que sanitario, interpela el modelo de sociedad como generador de malestar. El estado del bienestar, desarrollado a partir de la segunda mitad del siglo pasado, se ha basado en políticas redistributivas y de soporte a los sectores de población más pobres y se ha fundamentado en los valores del individualismo, el consu-

mo y la competitividad. Las actuales tendencias de reducir el estado del bienestar dejan desprotegidos aún más sectores de población.

En este contexto, desde algunas perspectivas, el concepto de estado del bienestar debería dar paso al concepto de sociedad de cuidados; una sociedad que ponga en el centro de su dinámica y de sus políticas la custodia de la vida y el cuidado de las personas, familias, comunidades y entornos. Una sociedad que facilite la participación de los individuos, que sea inclusiva, no exclusiva, y que desarrolle la creatividad personal y comunitaria⁵⁶.

Las redes naturales de apoyo tienen un papel protector de la salud mental en la medida que contrarrestan la soledad y el aislamiento y pueden operar como estructuras solidarias de ayuda material y también emocional. Los grupos comunitarios, religiosos y de acción social, como la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH), han sido de gran ayuda frente a la amenaza de la pérdida de la vivienda y también para la recuperación de la dignidad perdida y para desmovilizar sentimientos de autculpabilización.

LA PREVENCIÓN PRIMARIA

Una orientación integral para la prevención del suicidio debería incluir medidas de prevención primaria como políticas sociales activas de mejora de los condicionantes sociales (educación, condiciones laborales, vivienda e ingresos económicos). Disponemos de información de cómo las políticas redistributivas y de protección social tienen impacto en la reducción de la incidencia de suicidios, como en los casos de Suecia i Finlandia²⁰.

La ideación suicida relacionada con la privación económica está vinculada con sentimientos de desesperanza, injusticia, pérdida de dignidad personal y de inutilidad para resolver las pérdidas y la pobreza. La sociedad debería encontrar la manera de asegurar los medios de vida de todos sus miembros, independientemente de las opciones que ofrecen las economías privadas. Más allá de las medidas de ayuda a las personas y grupos más necesitados, la aplicación de políticas predistributivas como la renta básica universal, se está planteando por algunos autores como una garantía para disminuir la pobreza, la inseguridad, las desigualdades y los suicidios ocasionados por la recesión económica^{57,58}.

EL CONCEPTO DE RIESGO

Las escalas individuales de estratificación del riesgo de suicidio son insuficientes y, como hemos visto, poco predictivas. Expresan el concepto de riesgo dominante en las sociedades occidentales, que es individualizado más que socializado.

Estamos expuestos a un conjunto de riesgos que no hemos escogido y para los cuales no se han construido redes de seguridad para rescatar a los perdedores del «juego», cuyas reglas vienen marcadas por unos poderes incontrolables. Los efectos son más dramáticos en las sociedades más desiguales y con débiles sistemas de protección frente a la falta de ocupación, la pérdida de la vivienda y la pobreza. Al riesgo social le corresponde una gestión social, no individual, en el marco de las relaciones colectivas en el que sufrimos y enfermamos⁵⁹.

Necesitamos ampliar el concepto de riesgo e incorporar indicadores sociales y económicos en las valoraciones individuales de riesgo de suicidio. Pueden ser útiles sistemas de observación de la vulnerabilidad ya existentes, como el Observatorio de la vulnerabilidad del Ayuntamiento de Barcelona⁶⁰. La valoración del riesgo social debe servir para orientar actuaciones mediante la aplicación de medidas efectivas de reducción definidas individualmente y con la participación de los recursos comunitarios disponibles.

EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los servicios de AP son los más próximos a las personas y comunidades, son los que mejor conocen las condiciones de vida y el entorno de las personas que atienden y los que mejor pueden captar las necesidades de los pacientes y establecer planes terapéuticos efectivos para todo tipo de problemas de salud. También son los servicios a los que más consultan las personas con ideaciones suicidas, por encima de los servicios especializados de salud mental.

El papel de los médicos y médicas de familia en la prevención del suicidio de causas sociales puede ser más relevante de lo que ha sido hasta ahora si se llevan a cabo planes de formación para la detección del riesgo y para la intervención. Este papel se debería de enfocar en la detección

de las personas en riesgo social y en el establecimiento de planes de intervención en estrecha colaboración con los servicios sociales. El plan de actuación ha de contemplar la vinculación con el entorno y las redes de apoyo, el trabajo familiar y la consulta con servicios especializados cuando se considere conveniente. En la atención posterior al intento, la AP sanitaria y la social también han de tener un papel relevante.

El vínculo relacional existente entre profesional y paciente es un facilitador del seguimiento y tratamiento. El paciente puede ver más cercana y aceptable la intervención de los profesionales de cabecera que la de los servicios especializados. Cuando no hay una patología mental definida se puede producir un rechazo de la atención psiquiátrica, que el paciente puede percibir como no adecuada para su problemática. La resistencia a la atención especializada también se puede dar en personas con enfermedad mental y en estos casos el vínculo con la AP acostumbra a ser el recurso asistencial de continuidad.

EL ENFOQUE A LAS PERSONAS Y A LAS NECESIDADES

El enfoque a la patología y al tratamiento farmacológico han dado pocos frutos en el campo de la prevención. Nos movemos en un terreno de elevada incertidumbre. Los autores que han demostrado la ineficacia de la estratificación del riesgo recomiendan un enfoque basado en las necesidades de los pacientes y no en las percepciones clínicas de los profesionales, dando mucha importancia a la comunicación entre médico y paciente. La resolución de necesidades básicas no cubiertas como pueden ser los ingresos económicos o la vivienda es un primer paso en la reducción del riesgo probablemente más decisivo que la instauración de un tratamiento farmacológico. La valoración individualizada y cuidadosa de las necesidades tanto materiales como psicológicas y el establecimiento del plan de actuación acordado con el paciente ha de centrar el interés de los profesionales (tabla 1).

El suicidio de causa social expresa una denuncia del fracaso de la sociedad para garantizar unas condiciones de vida dignas para todos, y expresa también una ruptura de la persona con la sociedad que la ha maltratado. A parte de las necesidades materiales y psicológicas será necesario tener en consideración las necesidades de inclusión social de

Tabla 1. **Cómo abordar a un paciente que piensas que se puede suicidar?**

Procura una valoración respetuosa, global y comprensiva usando la escucha activa.
Céntrate en el contenido y la naturaleza de la interacción médico-paciente
Intenta comprender y abordar las circunstancias individuales que están preocupando al paciente
Identifica las necesidades actuales de tratamiento del paciente, incluyendo los factores modificables comunes de suicidio, tanto los sociales como los clínicos
No intentes estratificar a los pacientes dentro de categorías de alto o bajo riesgo
No te bases sólo en las expresiones o no expresiones del paciente sobre ideas y planes de suicidio
No dejes nunca sin control a un paciente que te preocupe por riesgo de suicidio, aunque el riesgo sea bajo
Habla con la familia o amigos del paciente
Pregunta sobre armas de fuego u otros métodos letales de suicidio
Negocia un plan de actuación con cada paciente
Documenta tu valoración, razonamiento y plan de tratamiento
La hospitalización involuntaria debería hacerse con moderación y mucho cuidado

Fuente: Traducido de Large MM, Ryan CJ, Carter G, Kapur N. Can we usefully stratify patients according to suicide risk?. BMJ. 2017; 359:j4627

la persona con ideaciones o conductas suicidas. Dentro de la inclusión social se debe contemplar el establecimiento de vínculos personales y de marcos discursivos que puedan reconocer y acoger el sufrimiento y construir un relato colectivo para la supervivencia en mejores condiciones sociales.

Las conductas autolíticas son el iceberg de un sufrimiento personal y social de grandes dimensiones, que afecta amplios sectores de población. Además, cada suicidio consumado deja una estela de unas seis personas

supervivientes que sufrirán consecuencias psicológicas graves, algunas de ellas para toda la vida.

La prevención del suicidio no es una tarea fácil debido a las múltiples connotaciones que contiene de tipo filosófico, cultural, social, psicológico y médico. La muerte voluntaria ha estado presente en todos los tiempos y sociedades como una conducta ligada a la condición humana, por eso es coherente pensar que continuará siendo así en el futuro. Con todo, el suicidio y su abordaje interpelan a toda la sociedad: los modelos de vida y de relación, así como al sistema de valores. La proporción de suicidios evitable a través de acciones preventivas es pequeña, pero es un deber social y sanitario llevar a cabo acciones para alcanzar los objetivos de prevención posibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Codi risc de suïcidi. Barcelona: Direcció Àrea d'atenció sanitària, Cat-Salut i Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Generalitat de Catalunya; 2015. [Consultado 17/1/18]. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_10_2015/instruccio-co-di-risc-suicidi-8-9-2015.pdf.
2. Andrés R. Semper Dolens. Historia del suicidio en occidente. Barcelona. Acantilado, 2015.
3. Durkheim E. En Wikipedia. [Consultado 17/1/18]. Disponible en: https://ca.wikipedia.org/wiki/Émile_Durkheim.
4. OMS. Informe de la salut en el mundo 2012. [Consultado 17/1/18]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf?ua=1.
5. Rachiotis G, Stuckler D, McKee M, et al. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012). *BMJOpen*. 2015; 5:e007295. doi:10.1136/bmjopen-2014-007295. [Consultado 15/02/2018]. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/3/e007295>.
6. Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M, et al. The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJOpen*. 2015; 5:e005619. [Consultado 20/09/2017]. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/1/e005619.full.pdf>.
7. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en

- la població de Catalunya. Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017. [Consultado 20/10/2017]. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccrisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2016.pdf.
8. Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN, et al. Economic crises and mortality: a review of the literature. *Int J Clin Pract*. 2009; 6388:1128-35.
 9. Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. *Plos One*. 2013; 8:e51333.
 10. Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JPA. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ*. 2016; 354:i4588.
 11. Oyesanya M, Lopez-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. *World J Psychiatry*. 2015; 5(2):243-54.
 12. Navarro-Gómez N. El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*. 2017; 28:25-31.
 13. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socioeconomic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Soc Sci Med Elsevier Ltd*. 2011; 72(4):608-16.
 14. Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013; 203(6):409-16.
 15. Knipe DW, Carroll R, Thomas KH, Pease A, Gunnell D, Metcalfe C. Association of socio-economic position and suicide/attempted suicide in low and middle income countries in South and South-East Asia - a systematic review. *BMC Public Health*. 2015; 15(1):1055-72.

16. Blakely TA, Collings SCD, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association?. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(8):594-600.
17. Borrell C, Marí-Dell'Olmo M, Gotsens M, et al. Socioeconomic inequalities in suicide mortality before and after the economic recession in Spain. *BMC Public Health*. 2017; 17:772-80.
18. Listado de suicidios relacionados con desahucios. [Consultado 18/01/18]. En Wikipedia: https://15mpedia.org/wiki/Lista_de_suicidios_relacionados_con_desahucios#2016.
19. Moya J, Esteve C. Estudio cualitativo sobre el impacto de la crisis económica en la salud mental de la población. Observatori de Salut Mental de Catalunya. 2012. [Consultado 18/01/18]. Disponible en: <http://www.osamcat.cat/cat/Publicacions/Impacte/ImpacteCaixaForum.pdf>.
20. Fernández de Sanmamed MJ. Impacto de la recesión económica y de las llamadas "políticas de austeridad" en la salud mental de las personas y las comunidades. A: Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Ética, crisis y salud pública. Barcelona: Fundación Grífols i Lucas; cuaderno 32.
21. Hintikka J, Saarinen PI, Viinamäki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scand J Public Health*. 1999; 27:85-8.
22. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis. *Lancet*. 2009; 373:399-407.
23. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009; 374:315-23.
24. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Cata-

- lu-nya; 2014. [Consultat 18/01/18]. Disponible en: http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingut-sadmi-nistratiu/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf.
25. Economu M, Madianos M, Peppou LE, et al. Suicidal ideation and re-reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*. 2013; 12:53-9.
26. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Memòria CatSalut 2015. [Consultado 18/03/18]. Disponible en: http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2015/memoria_catsalut_2015_integra.pdf.
27. Gérvas J. Uno y más. *Acta Sanitaria, El mirador*; 4 de octubre 2010. [Consultado 18/01/18]. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/el-mirador-de-juan-gervas-uno-y-mas/>.
28. Gérvas J, Felipe Fabi L. ¿Cómo lograr motivación en toda situación clínica?. Mediante la autogestión en la consulta diaria. 2017. [Consultado 18/01/18]. Disponible a: <http://equipocesca.org/wp-content/uploads/2017/02/uruguay-libro-gestión-final-final.pdf>.
29. Comitè de Bioètica de Catalunya. Consideracions sobre el Codi risc de suïcidi. Criteris bàsics d'actuació assistencial. (2014). [Consultado 18/01/18]. Disponible en: http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/03/consideracions_codi_risc_suicidi.pdf.
30. Large MM, Ryan CJ, Carter G, Kapur N. Can we usefully stratify patients according to suicide risk?. *BMJ*. 2017; 359:j4627.
31. Teixidó JC, Román B. La ayuda psicológica bajo sospecha: de la necesidad de la filosofía en la práctica psicológica asistencial. *Dilemata*. 2012; 10:193-261.
32. VVAA. Grupo Aporia e Instituto docente y de investigación Sant Pere Claver. *El diagnóstico en salud mental: una aproximación ética*. Edita: Aporia y Sant Pere Claver. 2017. [Consultado 18/01/18]. Disponible

en: <http://www.spcdocent.org/pdf/Diagnostico-salud-mental-aproximacion-etica.pdf>.

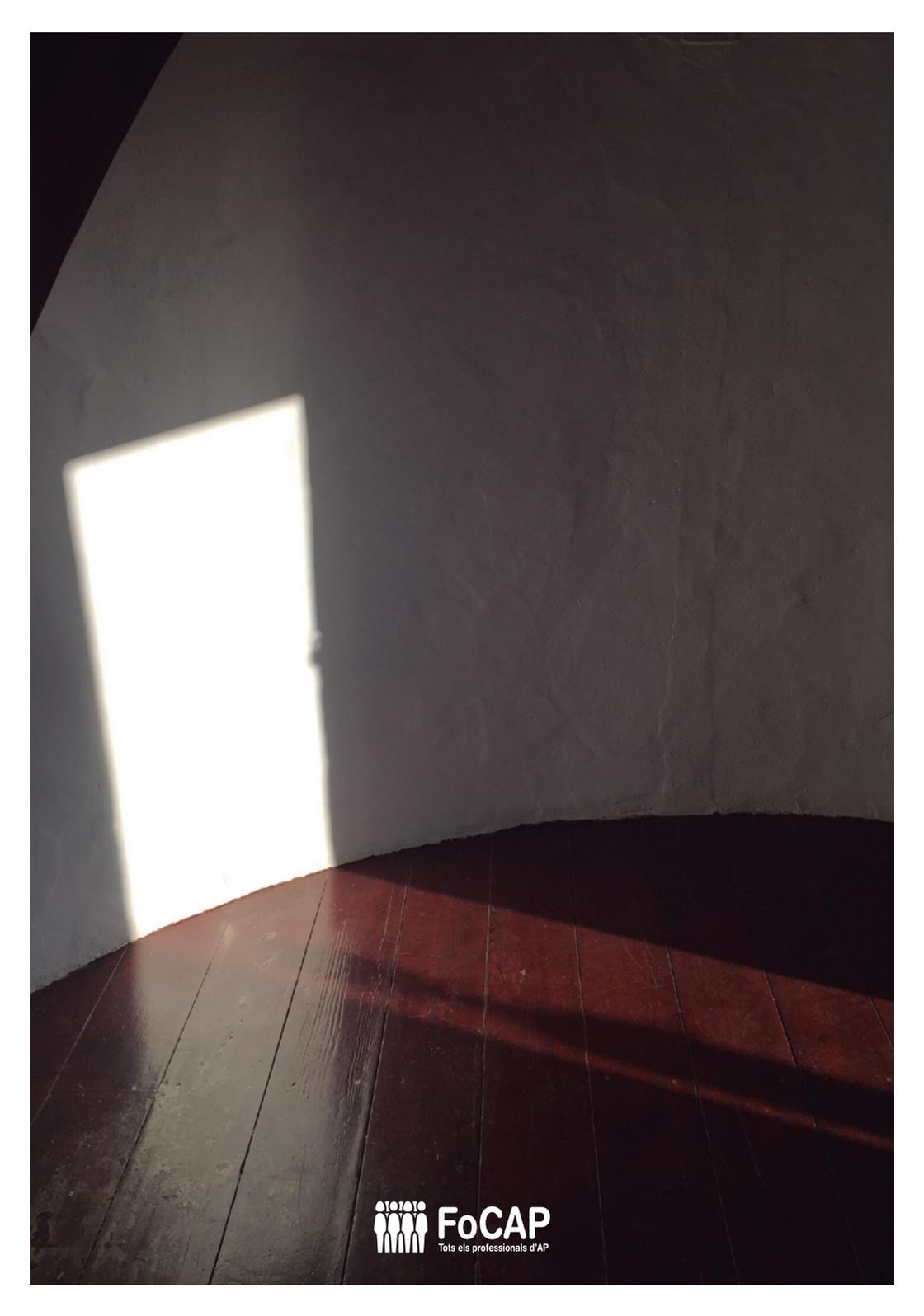
33. Gervas J. Suicidio: una falta de visión civil. 5 de febrero de 2017. A: Acta Sanitaria, El mirador [internet]. [Consultado 18/01/18]. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/suicidio-falta-vision-civil/>.
34. Adaptació al model sanitari català de la guia de pràctica clínica sobre el maneig de la depressió major en l'adult. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Pla director de salut mental i addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010. [Consultado el 20/02/2018]. Disponible en: http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2010/pdf/adaptacio_gpc_depressio_aiaqs_2010ca.pdf.
35. Kirsch I. Antidepressants and the Placebo Effect. Zeitschrift Fur Psychologie. 2014; 222(3):128-34.
36. Gotzsche P. Psicofármacos que matan y denegación organizada. Barcelona. Los libros del lince, 2016.
37. Laughren TP. The scientific and ethical basis for placebo-controlled trials in depression and schizophrenia: an FDA perspective. Eur Psychiatry. 2001;16(7):418-23. [Consultado 20/10/2017]. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11728855>.
38. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P, Hutton B. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ. 2005; 330(7488):396. [Consultado 20/10/2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC549110/>.
39. Martínez-Aguayo JC, Silva H, Arancibia M, Angulo C, Madrid E.. An-tipsicóticos y suicidio. Revista chilena de Neuropsiquiatría. 2016; 54(2):141-50.
40. Martínez-Aguayo, Juan Carlos; Silva, Hernán; Arancibia, Marcelo; Angulo, Claudia Psicofarmacología del suicidio II parte: Estabilizado-

- res del ánimo y suicidio. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2016; 54(1): 41-51.
41. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159:909-16.
 42. Ubieto Pardo JR. El suicidi. Un acte específicament humà. *Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*. 2017; 210:127-38.
 43. World Health Organization Preventing Suicide: A Global Imperative. WHO, 2014. [Consultado 20/02/2018]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/.
 44. Bertolote JM. Suicide prevention: at what level does it work? *World Psychiatry*. 2004; 3(3):147-51. [Consultado 2/10/2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414695/>.
 45. Hunt I, Bickley H, Windfuhr K, Shaw J, Appleby L, Kapur N. Suicide in recently admitted psychiatric in-patients: a case-control study. *J Affect Disord* 2013; 44:123-8.
 46. Wang DWL, Colucci E. Should compulsory admission to hospital be part of suicide prevention strategies?. *BJPsych Bulletin*. 2007; 41(3):169-71.
 47. Mann JJ, Apter A, Bertolote J. Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*. 2005; 294(16):2064-74. [Consultado 2/10/2017]. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/201761>.
 48. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159(6):909-16.
 49. Van der Feltz-Cornelis C M, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum A T, Hegerl U.. Best Practice Elements of Multilevel

Suicide Prevention Strategies: A Review of Systematic Reviews. *Crisis*. 2011; 32(6):319-33.

50. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds III CF, Katz II, Schulberg HC, Mul-sant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2004; 291(9):1081-91.
51. Lin JJ, Chang SS, Lu TH. The leading methods of suicide in Taiwan, 2002-2008. *BMC Public Health*. 2010; 10:480-9.
52. Beautrais, A, Fergusson, D, Coggan, C. Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: review of the evidence. *New Zealand Medical Journal*. 2007; 120:U2459.
53. Beautrais AL, Collings SCD, Ehrhardt P, et al. Suicide prevention: a re-view of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington (NZ): Ministry of Health; 2005.
54. Department of Children and Youth Affairs (2014). Better Outcomes, Brighter Futures: The National Policy Framework for Children and Young People 2014-2020. Dublin: The Stationery Office. [Consultado 28/02/2018]. Disponible en: https://www.dcy.gov.ie/documents/cypp_framework/BetterOutcomesBetterFutureReport.pdf.
55. Associate Minister of Health. (2006). The New Zealand Suicide Prevention Strategy 2006-2016. Wellington: Ministry of Health. [Consultado 28/02/2018]. Disponible en: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/suicide-prevention-strategy-2006-2016.pdf>.
56. Vidal F. La sociedad de cuidados. Entre paréntesis. Dialogar en las fronteras. 1 de septiembre de 2016. A: Entre paréntesis. Dialogar en las fronteras. [Internet]. [Consultado 15/2/2018]. Disponible en: <http://entreparesis.org/la-sociedad-los-cuidados/>.
57. Painter A. A universal basic income: the answer to poverty, insecurity, and health inequality?. *BMJ*. 2016; 355:i6473.

58. Raventós S. Suicidios y crisis económica ¿Se puede romper esta relación?. 26 de noviembre de 2017. A: Sin permiso. [Internet]. [Consultado 21/02/2018]. Disponible en: <http://www.sinpermiso.info/textos/suicidios-y-crisis-economica-se-puede-romper-esta-relacion>.
59. Caponi S. Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(1):7-15. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/01.pdf>. [Consultado 18/01/18].
60. Observatori social Barcelona. Ajuntament de Barcelona. Disponible en: <http://w110.bcn.cat/portal/site/ObservatoriSocialBarcelona/>. [Consultado 15/02/2018].



FoCAP
Tots els professionals d'AP