

RED DE SILENCIOS: LA VISIBILIZACIÓN DEL SUICIDIO EN LOS MEDIOS Y LA NECESIDAD DE UN PLAN DE PREVENCIÓN NACIONAL. ESTUDIOS Y PROPUESTAS PARA CAMBIAR EL PARADIGMA ACTUAL

(Por @anabelmr92, enero de 2019)

La visibilización del suicidio sigue estando aún día de hoy muy poco normalizada tanto en los medios de comunicación como en la sociedad. Hace ya décadas que desde organismos internacionales se alertó, a tenor de algunas investigaciones controvertidas, de las consecuencias que podría tener dar voz a casos de suicidio de forma masiva, pactándose así tejer de manera invisible una red de silencios en torno al que es ya hoy, sin duda, un problema de salud pública.

Sin embargo, a pesar de estas medidas y otras muchas propuestas de prevención, el **índice de suicidios** a nivel mundial no ha dejado de subir. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya ha señalado el suicidio como una de las causas principales de muerte no natural entre la franja de edad de los 15-39 años. La OMS estima también que el número de suicidios alcanzará el millón y medio en 2020¹. Entonces... ¿si sabemos que no visibilizar de este fenómeno no está ayudando a acabar con su incidencia, por qué sigue sin romperse el silencio?

1. Un acercamiento histórico al fenómeno del *efecto contagio*

Según instituciones internacionales uno de los motivos de mayor peso para mantenerlo oculto es el famoso **efecto contagio** o Efecto Werther. El Efecto Werther nace de la novela *Las Penas del Joven Werther* de Goethe de finales del S.XVIII (1774) donde la publicación del controvertido libro provocó toda una epidemia de suicidios en la época, una epidemia que no solo se dio con el tratamiento de este asunto en la literatura, sino también en el cine.

Oficialmente **el concepto fue acuñado** por el sociólogo estadounidense David Phillips en el año 1974. Phillips realizó entre los años 1947-1968 una investigación sobre lo que ocurría si en los medios se visibilizan casos de suicidio, observando que el número de suicidios en Estados Unidos se incrementaba al mes siguiente de que el diario New York Times publicara en portada alguna imagen sobre el suicidio, dando así la voz de alarma. El problema es que se utilizaron para la extracción de datos y su posterior interpretación casos mediáticos que eran los que en la época tenían mayor proyección y solo se analizó el efecto imitación que se daba entre los jóvenes y adolescentes, alertando así de altos índices de casos de suicidio. Esto se vio claramente reflejado en cómo fueron tratados después los suicidios de figuras tan mediáticas como Marilyn Monroe o Kurt Cobain, que

¹ En el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 los Estados Miembros de la OMS se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para 2020. De momento no se está consiguiendo llegar a ese objetivo.

produjeron también un efecto imitación considerable en su época, dado su estatus de personajes públicos.

2. Epidemiología

¿Por qué se suicida la gente?, ¿hay estudios sobre esto?, ¿se puede medir adecuadamente? El objetivo de este artículo no es desgranar los **diferentes motivos por los que la gente puede considerar quitarse la vida**, existen algunos estudios que han sido facilitados por el INE (Instituto Nacional de Estadística) y por la REDAIPIS² (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio) que indican causas de lo más variadas, dada la naturaleza multifactorial del suicidio, y que pueden ayudarnos a hacernos una idea global del problema. Sin embargo, lo que sí nos interesa y mucho es saber cuáles son los principales organismos de los que disponemos en España para la medición de muertes por suicidio, ya que a partir de esos datos se plantean posteriormente los planes de prevención.

El único organismo existente para la recogida de datos sobre el suicidio es el **Instituto Nacional de Estadística (INE)** que se dedica a medir e interpretar dichos datos en base a los registros nacionales de defunción. Sin embargo, no siempre han tenido en cuenta datos aportados por otras instituciones nacionales, lo cual ha provocado a lo largo de varias décadas que muchos casos de suicidio a nivel nacional fuesen pasados por alto. Todo esto, poco a poco, se ha ido perfeccionando, aunque todavía no existe un protocolo eficaz para su medición. En el año 2011 el INE introdujo para su medición de tasas de suicidio los datos aportados por el Instituto Médico Forense (IMF), pues las investigaciones realizadas en paralelo por éste indicaron una infravaloración de casos de muertes por este motivo³. Tras calcular las tasas de suicidio de ambas fuentes se llegó a la conclusión de que el número de suicidios registrado por el INE era menor que el del IMF todos los años. De hecho, se perdían una media de 46,74 casos cada año.

La Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio (AIPIS) es otro de los organismos que se dedica a investigar esta causa. AIPIS es una asociación sin ánimo de lucro fundada en 2009 que se dedica a la investigación del suicidio, así como a la sensibilización frente a este hecho, y a brindar apoyo a familiares de fallecidos por suicidio. Javier Jiménez Pietropaolo es su fundador; psicólogo clínico perteneciente al Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, especializado en psicología de la empresa, trabaja tramitando bajas laborales dentro del Cuerpo Nacional de Policía, donde lleva trabajando más de dos décadas. Javier al darse cuenta del nivel de muertes por suicidio que se daban entre miembros de la Guardia Civil decidió empezar a investigarlo. Al intentarlo, se dio cuenta de que no existía ningún organismo a nivel estatal que se dedicase a esta labor de forma exclusiva, así que apoyado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, que tiene abierto un Grupo de Estudio e Investigación de la Conducta Suicida, creó la REDAIPIS para su investigación. La AIPIS se basa en los datos oficiales del INE para sus investigaciones, aunque luego las contraste con otras fuentes de las que disponga en el momento.

² La REDAIPIS investiga los índices de suicidio en España, pero se remite a los datos ofrecidos por el INE (Instituto Nacional de Estadística) para realizar sus programas de prevención.

³ Los datos se han extraído del estudio publicado en la Revista de Psiquiatría y Salud Mental (número 3, julio-septiembre 2014) por Lucas Giner y Julio A. Guija. En él se solicitó a los directores de los distintos Institutos Médico-Forenses (IML) de las provincias españolas el número de suicidios en el periodo 2006-2010 y se comparó con los ofrecidos por el INE en su sede virtual.

La Fundación Salud Mental España para la Prevención de los Trastornos Mentales y el Suicidio (FSME) es el último organismo que se dedica a esta labor, y nace con el objetivo de ofertar una formación específica en la intervención, medición e investigación del suicidio, creando así su propio Máster en Conducta Suicida. Desde la FSME se barajan datos del INE, aunque también se tengan en cuenta otros facilitados por otras investigaciones. La FSME es socio fundador de la *Sociedad Española de Suicidiología* y miembro de la *International Association for Suicide Prevention*. Fundación Salud Mental España con el apoyo de la Sociedad Española de Suicidiología creó la primera app para dispositivos móviles para la prevención del suicidio para grupos de riesgo, la “PREVENSUIC”.

Sin embargo, tenemos que ser cautelosos con estas recogidas de datos: sabemos por diferentes motivos que el suicidio no solo es **silenciado** en medios de comunicación, sino que desde los gobiernos **no se facilitan tan fácilmente** los datos oficiales de las muertes por suicidio, que **muchas de ellas no se pueden corroborar como tal** y solo son estipuladas así en base a hipótesis, y que **detrás de muchos accidentes de tráfico o supuestos accidentes domésticos** puede haber muchas muertes por suicidio invisibilizadas. ¿Podemos entonces hablar de datos oficiales? El **nivel de sesgo** es demasiado grande como para considerarlo.

Entramos aquí entonces en un asunto un poco complejo: **por qué desde los gobiernos los datos suelen tardar tanto en facilitarse, por qué no existe un plan específico para la medición de estos casos**⁴ para que no quede a recogida e interpretación de asociaciones u organizaciones independientes, o que acaben por formar parte del silencio de Estado. Y, sobre todo, por qué no hay desde los gobiernos un interés especial por visibilizar más este fenómeno. ¿Podría ser la medición de suicidios una forma directa de valorar la calidad de vida de la población general? Quizás el no arrojar luz a estos casos pudiese estar ocultando de primeras una **mala praxis política**, omitiendo la desigualdad entre su población, y dejando a título individual cualquier tentativa de suicidio, puede que no solo la dificultad de poder medir los fallecimientos por esta causa sea lo que entorpezca una recogida de datos más eficaz.

Las estadísticas generales suelen medir la edad, la procedencia, el sexo a la hora de sacar conclusiones, conclusiones que deben ser explicadas de forma exhaustiva si queremos usarlas a modo de prevención. Sabemos que la edad de mayor riesgo sigue estando entre los 15-39 años, así como la edad de la población anciana; que los países con mayor índice de suicidios no son solo los de los países nórdicos, y que, por tanto, esa hipótesis de la exposición a la luz solar como factor de protección no parece ser una ventaja para países más cálidos como España que se sitúa a la cola de la UE en muertes por suicidio. Las diferencias de datos de suicidio entre los diferentes sexos nos indican una mayor tentativa en mujeres, quizás por la violencia simbólica, la discriminación y la desigualdad a la que se ven sometidas, así como por una mayor carga de trabajo dentro del sistema productivo; y una mayor mortalidad por suicidio por parte de los hombres, tanto por métodos empleados como por mayor agresividad en la tentativa por factores biológicos.

El factor diferencial sobre la clase social parece quedar totalmente inhibido en las estadísticas de muerte por suicidio. No es un dato señalado ni por los gobiernos (INE) ni por la AIPIS, la cual afirma

⁴ En España hay todavía una escasa implementación de programas de tipo preventivo, encontrándonos, en el momento actual muy por debajo del nivel de otros países europeos con desarrollo similar (Sáiz et al., 2004). Contrario a lo esperado, actualmente no existe un plan nacional de prevención como tal, y hasta ahora sólo se han realizado algunas iniciativas en determinadas Comunidades Autónomas (FSME, 2017).

en sus dosieres que, a pesar de lo que se pudiera pensar en un primer momento, no se suicida demasiada gente por una mala situación económica⁵, pues los datos que ellos manejan no reflejan nada significativo como para ser reseñado. Pero el problema parece ser que no está siendo ese, es la tardanza de una media de dos años en la obtención de los datos, así como la no contabilización de muchos de ellos por parte del INE. Cabe señalar que a partir de 2013 el INE incorporó los datos de medición de muertes por suicidio de los Institutos de Medicina Legal que antes no se contabilizaban, produciéndose desde entonces un aumento medio de más de 400 casos de suicidios anuales, por tanto no es que no fuese reseñable, es que no se contabilizaba ni se interpretaban en su totalidad los datos. Todos esas estadísticas que dejan fuera este factor obvian resultados como los mostrados por la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) que habla de un 34% de casos de suicidios por desahucio en índices de 2014⁶ en comparación al 2% que reseña AIPIS. Sin embargo, a pesar de que algunos se dediquen a negar la mayor, la realidad nos demuestra que una mala situación laboral y económica tiene consecuencias serias en la salud mental de la población general, y por tanto una cierta incidencia en las muertes por suicidio.

La **industria farmacéutica** tampoco es de las que debiera escurrir el bulto en esto, sin duda alguna debería de dar algunas explicaciones respecto a los casos de muertes por suicidio: algunos de los fármacos que salen de sus laboratorios presentan como efecto secundario la **“inducción a ideaciones suicidas”**. Una cuestión no poco reseñable en momento de crisis o de mayor vulnerabilidad en población de riesgo que haya decidido acudir en un momento dado a la medicina en busca de una ayuda extra. ¿Podrían estar algunos de estos fármacos detrás de muchas tentativas por parte de población en riesgo⁷. Quizás no necesitemos elucubrar mucho, en 2005, un meta-análisis realizado en 87.650 pacientes de todas las edades mostró que había el doble de intentos de suicidio en el grupo del fármaco que en el grupo placebo. Demostró que el riesgo de tentativas de suicidio en pacientes menores de 60 años era 2,4 veces superior en el grupo de ISRS en comparación con el de placebo. En 2007, la FDA admitió que “los ISRS pueden causar el suicidio en todas las edades”. Hay miles de casos de personas que se han suicidado debido a los antidepresivos y un gran número de estos se suicidaron poco tiempo después de iniciar el tratamiento. Siempre se culpa a una hipotética enfermedad y nunca al medicamento, y hay estudios que, sin embargo, hablan de lo contrario.

De hecho, uno de los grandes **mitos alrededor de las muertes por suicidio** es que detrás de las mismas coexiste siempre una problemática salud mental. Pero lo cierto es que no necesariamente detrás de un suicidio tiene por qué existir una problemática de salud mental, aunque sí que tener un

⁵ *Sí que puede haber en algunos casos una relación causal entre problemas económicos y suicidio, pero el número es muy pequeño, en torno a un 2 % y casi siempre hay otros factores que influyen. Sin embargo, es un tema que alarma mucho y se utiliza como arma arrojadiza.* (Javier Jiménez Pietropaolo, Director de REDAIPIS para el nº132 de la revista ‘Humanizar’ –febrero de 2014)

⁶ PAH (Plataforma de Afectados por la Hipoteca) en 2014 dio datos sobre personas que se habían suicidado tras un desahucio, estipulando que un 34% se habían quitado la vida por este motivo.

⁷ Fergusson,D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between Suicide Attempts and Selective Reuptake Inhibitors: Systematic review of randomised controlled trials.

problema salud mental puede predisponer a mayor riesgo de suicidio, dado un mayor estado de vulnerabilidad por parte de la persona con sufrimiento psíquico.

3. Copycat o conducta imitativa

En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado). La conceptualización de la conducta suicida es compleja y algunos de los términos utilizados resultan poco operativos, tanto para la investigación como para la práctica clínica, por lo que ha sido necesaria la elaboración de definiciones más precisas que intentan concretar diferentes aspectos. **Los criterios de clasificación de la conducta suicida de Diekstra** diferencian entre suicidio, intento de suicidio y parasuicidio, en función de si el resultado de la conducta es mortal o no y de la gravedad de dicha conducta. **Por su parte, O'Carroll planteó una nomenclatura de los pensamientos y conductas relacionadas con el suicidio, adoptada por el National Institute of Mental Health (NIMH) de EE.UU. y considerada como una de las más operativas.** En ella se diferencia entre ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado. Posteriormente se han publicado varios artículos sobre la adecuación de la terminología empleada para el suicidio, concluyéndose que, aunque no se recoge toda la complejidad del fenómeno, el uso de una nomenclatura común facilita la comunicación, la formación y la investigación en suicidio.

En 2007, Silverma propuso una revisión de la nomenclatura de O'Carroll en la que intentó incluir aquellos aspectos clave de diferentes definiciones propuestas con anterioridad, como: el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta. En esta nueva propuesta se añadió una categoría denominada comunicación suicida, que incluye la amenaza y el plan suicida, y además, el término conducta instrumental se cambió por el de amenaza suicida.

Respecto a la influencia que casos mediáticos o extraídos de la ficción (que estén mal tratados en los medios) pueda llegar a tener sobre grupos de riesgo, está más que demostrado que el efecto contagio, o por lo menos durante el momento concreto de hacerlo público, existe, y tiene mayor incidencia, sobre todo en jóvenes y adolescentes. Podríamos señalar la influencia del **“efecto sugestión”**, que está relacionado con cómo son percibidos ciertos hechos sensibles (en principio, necesariamente mediáticos, porque por ahora aún carecemos de datos que visibilicen de forma masiva casos anónimos –por la mayor carga identificativa) entre la población joven y de riesgo -este sería otro dato interesante dato a contrastar: estudios sobre el peligro en población de riesgo respecto al riesgo en población general- sin embargo, sobre esto aún se está estudiando mucho, ni tan siquiera la misma psicología se ha puesto muy de acuerdo en por qué se produce este efecto. El psicólogo William Farr ya hablaba en 1843 de una clara sugestión en la conducta suicida. Y el psicólogo Stack, el mismo que acuñó el término **‘Copycat’** para denominar la imitación de la conducta suicida, ya desarrolló en 1987 la **“teoría de la identificación diferencial”**, según la cual el suicidio de un personaje famoso es imitado por el público general porque se percibe la superioridad social de la celebridad. Siendo el primero en no hacer distinción alguna en este hecho entre población riesgo y población general.

Para explicar este fenómeno, la neurociencia ha puesto el foco en las denominadas “**neuronas espejo**” las mismas mediante las que hipotéticamente se desarrolla la famosa empatía. Esta identificación con el dolor ajeno parece generar una cierta respuesta entre la población. Sin embargo, esto no nos debería servir como explicación al fenómeno: **desde el análisis funcional de la conducta** se apunta a que la capacidad de imitación de una conducta ya viene dada desde el mismo nacimiento, el bebé identifica estímulos y genera respuestas en relación a un gesto cualquiera, de esta interacción puede surgir la información suficiente para el proceso de aprendizaje posterior y no necesariamente esto tendría que ver con un aprendizaje observacional o por imitación del momento de la acción.⁸ ¿Significa esto que se rechaza un supuesto “reflejo de imitación”? No necesariamente. En definitiva, un individuo no entrenado para imitar no imita, actúa. Y la adquisición (selección de respuestas) no depende de la simple emisión sino de si ésta es reforzada o no después. Esto nos lo explica muy bien en el artículo de divulgación *Aprendizaje vicario, empatía y neuronas espejo*, el Doctor en Psicología de la UNED Vicente Pérez Fernández:

¿Son, entonces, las “neuronas espejo” la estructura nerviosa de esta operante? ¿Y qué implica eso? En primer lugar, sabemos que el cerebro es plástico y que, por tanto, según qué funciones pueden asumirse por estructuras diferentes a la “habitual” en casos de lesiones, por ejemplo. También sabemos que la función hace al órgano, es decir, que las “neuronas espejo” no sustentarían ese comportamiento si no se diesen las circunstancias ambientales para que dicho comportamiento se adquiriese. Si eliminamos al aprendizaje por imitación de la ecuación, lo que tenemos es que llamaremos “neuronas espejo” a las neuronas que se activan cuando imitamos a alguien, sea este comportamiento un reflejo innato o una operante.

4. Alternativas al silencio: estudios sobre el efecto prevención en los medios de comunicación

La divulgación masiva de estudios sobre el efecto contagio hizo que no se crearan modelos alternativos de prevención, al dar por concluyente la hipótesis de la imitación. Sin embargo, poco a poco se fueron realizando algunos pequeños estudios que arrojaban luz a este problema y que proponían medidas alternativas al silencio. Disponemos de un meta-análisis⁹ de 2012, en el que se realizó una revisión sobre el *Efecto Papageno* (efecto prevención) en los medios de comunicación, y que obtuvo la evidencia suficiente sobre que la forma en que es visibilizado el suicidio puede tener efectos positivos en el fenómeno.

El **Efecto Papageno (o efecto prevención)** fue acuñado en honor al personaje homónimo de *La Flauta Mágica* de Mozart, que fue disuadido de suicidarse después de que tres niños le mostraran las otras alternativas que le ofrecía la vida; los estudios realizados indicaron que la prevención y visibilización de una forma concreta de casos no sensibles en medios, así como la divulgación de historias de superación de supervivientes a tentativas de suicidio reducía el índice de casos en población de riesgo. De todo ello se deduce que la visibilización comprometida en los medios provoca el efecto contrario, el de ver alternativa a la tentativa y ver posibilidades reales de encontrar ayuda.

⁸ *Aprendizaje vicario, empatía y neuronas espejo. Reflexiones de andar por casa.* D. Vicente Pérez Fernández.

⁹ Meta-análisis sobre el Efecto Papageno Sisask et Varnik, 2012

Sin desmerecer el punto anterior, pero con la necesidad de centrar el debate en los casos anónimos, los más cotidianos, vamos a precisar por qué el efecto contagio no es tal y como dicen que es:

El efecto contagio como tal no está nada demostrado primero por los métodos empleados en la recogida de datos, y la interpretación de los mismos, y segundo porque no se tiene estudios contrastados sobre el efecto que tiene sobre grupos de riesgo darle visibilidad a casos anónimos bien tratados en los medios (es decir, omitiendo detalles sensacionalistas, métodos empleados; y poniendo énfasis en el pedir ayuda o en dar ejemplos de casos de superación de personas que hayan vencido sus ideaciones suicidas), ni siquiera existen estudios serios que confronten ambos casos (visibilidad casos anónimos vs visibilidad casos mediáticos) De hecho, la razón por la que el efecto contagio no debería ser solo tenida en cuenta cuando hablamos de casos anónimos, es observar cómo los medios dan voz a casos mediáticos solo para **generar clicks**. Parece que el efecto contagio solo importa cuando hay dinero de por medio. Puede que muchos profesionales no tengan culpa de esto y no hayan sido informados de la manera en que debería tratarse este tema, pero a ciertos medios tampoco parece afectarles demasiado el efecto que puede suponer hablar de ello de manera sensacionalista, algo que ocurre a diario.

Tras el sesgado análisis de casos mediáticos o los casos extraídos de la ficción, se llegó a la conclusión de que directamente no hablar de ello era igual a bajar el índice de casos de suicidio, y sin embargo los índices de tentativas y de suicidios consumados no han dejado de subir. Se entiende, por tanto, que la información es insuficiente y está mal tratada, **el hecho de que algo mediático tenga mayor incidencia en la población no es algo solo aplicable al suicidio**, es algo demostrable en casi cualquier otro ámbito. Pero esta razón no convierte al Efecto Werther en verdadero y/o infalible.

Y me voy al caso contrario, poco debemos haber aprendido si pensamos que la solución es el silencio; si pensamos que la solución es encerrar con llave para siempre en un rincón un problema de salud pública; cuando lo único que se consigue con esto son dos cosas, a cada cual más grave: la primera, que se desconozca que el problema existe y que tiene una magnitud tan grande, y la segunda, que nos hagan creer, y recalco, sin poner datos encima de la mesa, que, omitiendo casos, baja la incidencia. **No, no baja, no, es que directamente a ojos de la gente no existe, que no es lo mismo; porque baja el índice de visibilidad, no el de realidad.**

5. Propuestas de la OMS para la *visibilización suicidio* en medios de comunicación

La Organización Mundial de la Salud realizó en el año 2000 una guía con recomendaciones de cómo se debería informar del suicidio en los medios. Los países participantes en la OMS se reunieron con motivo de la prevención del suicidio, creando una guía práctica sobre cómo visibilizar este hecho. Dicha guía fue revisada posteriormente, en el año 2014, matizando algunos aspectos. Algunas de estas propuestas fueron las siguientes:

Decálogo de propuestas

1. Las estadísticas deberán interpretarse cuidadosa y correctamente
2. Deberán usarse fuentes auténticas y confiables
3. Los comentarios espontáneos deberán manejarse con cuidado en vista de las presiones por tiempo

4. Las generalizaciones basadas en cifras pequeñas requieren particular atención y las expresiones tales como “epidemias de suicidios” y “el lugar con mayor tasa de suicidios del mundo” deberán evitarse
5. Se debe oponer resistencia a informar el comportamiento suicida como una respuesta entendible a los cambios o la degradación social o cultural
6. No cubrir la noticia del suicidio de una celebridad de forma sensacionalista
7. Evitar adjuntar fotografías o datos demasiado explícitos
8. No informar de métodos empleados
9. No informar sobre lugares donde ocurrieron dichos suicidios si no es estrictamente necesario para explicar el caso
10. No deberá informarse sobre el suicidio de forma simplista. El suicidio nunca es el resultado de un solo factor
11. No romantizar o informar sobre el suicidio como una forma de evasión de problemas personales, como último recurso. Dar la alternativa a la búsqueda de ayuda e informar sobre casos de supervivientes.
12. No culpar o señalar a las personas con ideación suicida directamente, ni intentar avergonzarlas de sus emociones o su situación personal.

6. Grupos de Ayuda o Apoyo Mutuo (GAM)

Sin embargo, si recopilamos algunas experiencias en primera persona, reflexiones e inquietudes realizadas por los colectivos en salud mental parece que estas medidas puede que no sean ni suficientes, ni estén bien enfocadas y, sobre todo, que no planteen una alternativa al silencio. Todas ellas están atravesadas por ese miedo al efecto contagio, no planteadas desde la perspectiva de la prevención, ni de la ruptura con el tabú del suicidio.

¿Qué podríamos hacer por mejorar esta situación, qué medidas podríamos plantear para la elaboración de una guía complementaria a la oficial? Por un lado, seguir reivindicando la necesidad de un Plan Nacional de Prevención, y por el otro, proponer una mejor formación para medios en este tema, estableciendo unos criterios más específicos para la visibilización, para que la ruptura con el tabú del suicidio no suponga un riesgo para la población más vulnerable, pero que no deje este asunto en el olvido.

Pero, sobre todo, sería un buen punto de partida informar sobre el movimiento de Grupos de Ayuda Mutua (GAM), una red de apoyos comunitaria para las personas con sufrimiento psíquico. Pero, ¿qué es un GAM?

Los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) son espacios donde distintas personas comparten experiencias de vida relacionadas con un problema o dificultad en concreto. Las personas se reúnen y comparten dichas experiencias con la intención de mejorar su situación, aprender colectivamente y brindar apoyo de manera recíproca.

Se trata de grupos que han existido desde hace mucho tiempo y que pueden variar de acuerdo con la experiencia específica que se comparte. Hay por ejemplo grupos para personas que pasan por una situación de adicción, o para personas que se encuentran en un proceso de duelo, o para quienes tienen en común alguna enfermedad, o para los familiares de quienes tienen algún diagnóstico, entre muchos otros.

Existen una serie de elementos que son necesarios para que un colectivo sea considerado no sólo como un conjunto de personas que se reúnen y hablan de sus experiencias vitales, sino como un Grupo de Ayuda Mutua, donde más allá de compartir dichas experiencias se trata de procurar que sus miembros mejoren su situación de manera acompañada y recíproca. Algunas de las principales características de los GAM son las siguientes:

1. Compartir experiencias y necesidades

Dado que el principal objetivo de los Grupos de Ayuda Mutua, es, como su nombre lo indica, brindar ayuda de manera recíproca entre unos y otros, es imprescindible que la ayuda sea sobre una misma experiencia. Esta última puede conectar con otras experiencias, que serán distintas a las de las demás personas, no obstante, debe existir una que todas tengan en común.

2. Participación por decisión propia

Otra característica de los Grupos de Ayuda Mutua es que la propia persona que tiene la experiencia, decide de manera voluntaria asistir a los encuentros y formar parte del grupo. Nadie se encuentra obligado u obligada a participar, y dicha participación tampoco se realiza por prescripción obligada de alguien externo. Se trata de procurar que la persona que tiene la experiencia se posicione de manera activa ante esta.

Lo anterior es importante en el caso de las personas que tienen un diagnóstico de salud mental o una experiencia de sufrimiento psíquico, ya que con frecuencia se asignan y asumen roles pasivos y poco empoderados.

3. Encuentros periódicos

Es necesario que los Grupos de Ayuda Mutua se reúnan con cierta frecuencia, de manera que sus objetivos se alcancen. En otras palabras, los Grupos de Ayuda Mutua no se reúnen en una sola ocasión. Es muy importante que los miembros generen vínculos entre sí y reconozcan las necesidades propias y ajenas con la suficiente confianza y complicidad para que las reuniones tengan cierta continuidad.

4. Grupos reducidos

Para favorecer el clima de confianza y complicidad, es importante que los GAM se constituyan por un número reducido de personas. Así se hace más fácil que todos los miembros participen e intercambien sus experiencias con sensación de cercanía.

Además, esto facilita la organización del grupo en otros sentidos, que van desde el turno de palabra hasta el conocimiento interpersonal. Tampoco debe ser un grupo demasiado pequeño. Entre 5 y 10 miembros es una cifra recomendada.

5. Horizontalidad (no hay jerarquías)

Una de las características más importantes de los Grupos de Ayuda Mutua es que no hay diferencias de roles entre los miembros. Están basados en el principio de la horizontalidad, lo que quiere decir que no hay distintas jerarquías. En este sentido, las normas relacionadas con la moderación del grupo son responsabilidad de todo el grupo.

El principio de horizontalidad hace posible que el clima de confianza y complicidad se establezca, y, a diferencia de lo que ocurre en sesiones terapéuticas, las personas que forman parte del GAM adquieren un rol activo ante su propia experiencia.

Los principales valores de un GAM

Las voces de todas las personas se reconocen en igualdad de importancia. Uno de los valores más importantes para los Grupos de Ayuda Mutua en salud mental es el respeto, que pasa por valorar la diversidad y fomentar que cada persona pueda hacer sentir su propia voz, con sus propias ideas y experiencias de vida. En el mismo sentido es muy importante el valor de la inclusión, que asegure que todas las personas pueden compartir sus voces en igualdad de oportunidades. Y también, al contrario: nadie está obligado o presionado a hablar durante de las sesiones. Así mismo es importante mantener la confidencialidad, es decir, no explicar sobre las vivencias de los participantes a personas ajenas al grupo. En esta línea es también necesario mantener el compromiso hacia el grupo, lo que quiere decir procurar que la asistencia a las sesiones ocurra con regularidad y dedicarle el tiempo necesario.

Finalmente, las personas que participan dentro de un GAM acuden con la intención de ampliar sus redes sociales, relacionarse con personas que tienen experiencias iguales, y también para evitar el rechazo que en otros espacios puede ocurrir.

¿Los GAM en salud mental son lo mismo que una terapia grupal?

La diferencia entre un GAM y una terapia grupal es que, aunque el GAM puede beneficiar la salud mental y el bienestar de los participantes, no es considerada una psicoterapia. Es así porque no hay una figura de psicoterapeuta que se encuentre mediado las sesiones del grupo. Y además son diferentes a una terapia grupal porque los GAM no se sitúan en la lógica del tratamiento, en tanto que no se espera que los participantes asuman roles de enfermo-terapeuta. Las experiencias son compartidas y trabajadas desde el conocimiento en primera persona, no desde el “saber académico” externo.

7. Modelos de prevención internacional: alternativas de éxito bajada de índices suicidio

Dentro de la necesidad de la implantación de un Plan Nacional de Prevención Suicidio, puede que una manera fiable y rigurosa de buscar un método exitoso para conseguirlo sea posando la mirada en aquellos planes de prevención, reducción y visibilización del suicidio en otros países que hayan conseguido ese cometido a través de medidas específicas.

7.1. Modelo finlandés

Hacia 1987 Finlandia enfrentó una epidemia de suicidios entre sus jóvenes y se convirtió en el primer país del mundo en abordar el problema a nivel nacional.

La tasa de suicidios masculinos en Finlandia fue de 21,4 muertes por cada 100.000 personas, una cifra relativamente alta en comparación con otras naciones de la OCDE.

Gracias al enfoque que se le dio a su programa de prevención la tasa comenzó a bajar significativamente, este programa fue implementado gradualmente durante más de una década. Trabajando con el apoyo de organismos gubernamentales, los coordinadores de proyectos desarrollaron programas en todos los sectores de la comunidad, incluyendo escuelas, trabajadores de las Fuerzas de Defensa, organizaciones de asistencia social y, lo que es más importante, trabajadores de atención médica y personal de primera respuesta.

Una estrategia fundamental consistió en construir una red nacional de personas de contacto, principalmente en atención médica, pero también en los servicios sociales, iglesias, policía y departamentos de rescate.

Un aspecto importante del enfoque fue un programa de gestión de crisis implementado en las escuelas finlandesas. Los directores, maestros, trabajadores sociales y psicólogos escolares recibieron capacitación sobre cómo responder en una situación de crisis, como el suicidio o intento de suicidio de un estudiante o el padre de un estudiante, y se implementó un "**modelo de trabajo de crisis**" en todas las escuelas.

Después de emprender el programa, las escuelas no solo informaron que podían responder mejor en una crisis; también notaron una mayor disposición entre el alumnado para discutir temas dolorosos, una parte clave para acabar con el estigma y crear entornos donde las personas se sintieran capaces de buscar ayuda.

En la década de 1990, Finlandia comenzó a trasladar los servicios de salud mental de la atención hospitalaria para tratar a las personas en comunidad y en los centros públicos de salud. También se incrementó la atención de seguimiento y se mejoró la comunicación entre la persona involucrada, sus familiares y los trabajadores de la salud.

La tasa de suicidio masculino en Finlandia ha disminuido año tras año durante los últimos 27 años. Menos de la mitad del número de personas mueren por suicidio en el estado nórdico ahora que en 1990. Este es un indicador de lo que se puede lograr cuando existe un compromiso nacional sincero para abordar el problema que resulta en programas reales y genuinos. reforma.

7.2. Modelo sueco

Youth Aware of Mental Health (YAM) es un programa desarrollado por científicos suecos y estadounidenses para jóvenes de 14 a 17 años. El programa de cinco sesiones funciona principalmente a través de juegos de roles, que son elegidos y promulgados por los adolescentes.

El programa YAM cubre seis temas principales: aumentar la conciencia sobre la salud mental; consejos de autoayuda; lidiar con el estrés y qué hacer en una crisis; depresión y pensamientos suicidas; ayudando a amigos en problemas; y a dónde acudir por consejo.

Según los investigadores que están detrás del programa, "en YAM, los jóvenes son considerados expertos en su propia salud mental y sus voces y experiencias ocupan un lugar central".

Los juegos de roles y las discusiones grupales "ayudan a los jóvenes a explorar la resolución de problemas y fomentan la solidaridad y cómo pueden ayudar a los compañeros necesitados".

El programa también conecta a los jóvenes con las fuentes de salud locales en su comunidad, lo que les permite saber más a dónde pueden acudir para obtener ayuda.

En un estudio independiente que comparó tres programas de prevención de suicidio entre jóvenes en 168 escuelas de toda Europa, se descubrió que YAM es, con mucho, el más eficaz para reducir tanto los intentos de suicidio como los pensamientos suicidas.

Por cada 167 estudiantes que completaron el programa, se evitó un intento de suicidio. Además, el número de estudiantes experimentando pensamientos suicidas se redujo a la mitad.

Los investigadores de la SEYLE (Salvar y Potenciar las vidas jóvenes en Europa) concluyeron que El diseño del YAM, destinado a cambiar las percepciones negativas de los alumnos y mejorar sus habilidades de afrontamiento en la gestión de eventos adversos de la vida y factores de estrés ... podría explicar sus efectos significativos".

El hecho de que YAM involucró activamente a los estudiantes, alentándolos a expresar sus pensamientos sobre temas de salud mental, también fue significativo según los investigadores, "porque las personas que muestran un comportamiento suicida tienden a suprimir sus emociones y tienen dificultades para identificar sus sentimientos".

También es notable que, en el estudio de SEYLE, no se notaron cambios en los adolescentes a los tres meses, pero se observaron cambios significativos un año después. Esto demuestra la necesidad, al igual que con el Proyecto Finlandés, de planificación y apoyo a largo plazo para lograr un cambio real.

7.3. Modelo italiano

En Italia, que tiene una baja tasa general de suicidio de 5,4 por 100.000, las generaciones mayores representan una alta proporción de muertes por suicidio.

Para solucionar esto, se estableció un servicio de asistencia telefónica en dos partes en Veneto, en el norte de Italia.

El primer servicio, llamado Tele-Help, fue una alarma que el cliente podía activar para solicitar ayuda en cualquier momento. El segundo, Tele-Check, involucró una llamada telefónica dos veces por semana para evaluar las necesidades de la persona en riesgo y brindar apoyo emocional.

Una revisión de 1988 a 1998 descubrió que, simplemente al proporcionar a las personas un lugar de fácil acceso para pedir ayuda, el servicio pudo reducir significativamente la cantidad de suicidios. La tasa de suicidios fue tres veces y media más baja para las 18,641 personas que usaron el servicio durante la década, en comparación con otros ancianos italianos en el mismo período. "Aunque los adultos mayores rara vez utilizan los servicios de línea directa, el diseño del servicio hizo que la intervención fuera proactiva e interactiva", observó un informe de la OMS sobre el programa italiano. "El servicio de Tele-Help / Tele-Check parece brindar un apoyo de gran interés para la

prevención del suicidio en personas de edad avanzada, cuyos resultados se pueden mantener a largo plazo".

A medida que las sociedades modernas se vuelven cada vez más aisladas y la proporción de personas que viven solas sigue aumentando, es cada vez más difícil asegurarse de que nadie se vea privado de acceder al apoyo. Las poblaciones mayores tienen menos probabilidades de poseer una computadora o tener acceso a internet. Estrategias simples como esta ofrecen una manera alcanzable de mantenerlos conectados y de poder acceder a la ayuda en tiempos de crisis.

7.4. Modelo estadounidense

Solo en la ciudad de Nueva York, el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 24 años. El Programa de Intervención Corta de Suicidio Intentado, desarrollado inicialmente en Suiza en 2013 en la Universidad de Berna, es el primero de su tipo en ser introducido en los Estados Unidos. Hecho posible gracias a una subvención de la Asociación de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, el programa ya ha tenido éxito en Finlandia, Suecia y Lituania. El estudio inicial fue prometedor: redujo el comportamiento suicida en un 80 por ciento y las hospitalizaciones en un 72 por ciento.

ASSIP implica tres sesiones. En la primera reunión, el paciente se graba en un video que cuenta lo que los investigadores denominan "narrativa" o los detalles del intento de suicidio del paciente y cualquier historial de salud mental relevante; el segundo involucra al paciente y al médico observando y discutiendo la grabación y llenando los huecos según sea necesario; El tercero produce un plan de tratamiento individualizado con estrategias de afrontamiento. Después de la última reunión, el médico envía al paciente una carta manuscrita personalizada cada tres meses durante un año y una carta cada seis meses en el segundo año. Las letras fortalecen la relación médico-paciente y pueden reducir el riesgo de suicidio en el futuro: en los dos años de seguimiento del estudio, el grupo que recibió las cartas realizó solo cinco intentos de suicidio, en comparación con el grupo de control, que realizó 41.

ASSIP tiene un gran potencial para reducir los intentos repetidos de suicidio, pero no pretende reemplazar la psicoterapia en curso que suele ser necesaria para las personas con enfermedades mentales prolongadas y graves (aunque el 54 por ciento de las personas que mueren por suicidio no tienen una afección de salud mental conocida). Esto hace que el establecimiento de atención ambulatoria regular, especialmente con un médico confiable, sea crucial.

Aunque los investigadores están entusiasmados con el potencial del programa, reconocen que los hallazgos iniciales del estudio independiente deben replicarse en otros lugares.

8. Necesidad de un *Plan de Prevención Nacional del Suicidio* en España: una realidad desconocida

En España aún no existe un ***Plan Prevención Nacional del Suicidio***, aunque se está llevando a trámite una Ley Nacional de Salud Mental en la actualidad. A nivel autonómico existen diferentes iniciativas y planes de prevención, pero en líneas generales sigue siendo insuficiente. Adjuntamos algunos

ejemplos, de los planes de prevención más serios del país, aunque aún sin demasiados datos de su éxito, salvo en el Plan del Eixample de Barcelona, que explicaremos más tarde.

A nivel autonómico:

8.1. Plan Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Comunidad Valenciana

La elaboración del Plan de Prevención del Suicidio y Manejo de la Conducta Suicida de la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública, se engloba en los objetivos de la Estrategia Autonómica de Salud Mental de la Comunidad Valenciana 2016-2020, como una de las acciones prioritarias a llevar a cabo.

El plan incorpora distintas acciones orientadas a la prevención (mejora de la información, de la lucha contra el estigma en el entorno de la salud mental); mejoras en la detección precoz del riesgo suicida; actuaciones en el ámbito sanitario; mayor coordinación con otros agentes (personas sin hogar, área penitenciaria); formación de profesionales y apuesta por la investigación epidemiológica.

También aborda iniciativas relacionadas con el proceso terapéutico y de recuperación de las personas, más allá de la prevención.

Pero quizás lo más interesante de su programa de intervención sea el Plan de Gestión del Riesgo.

El Plan de Gestión del Riesgo (PGR) es un programa individualizado que incluye una serie de pautas que se establecen entre el paciente, por un lado, y su red de ayuda, por otro, (profesionales, familiares y/o personas de su entorno), para que le sirvan de guía ante situaciones de riesgo. Su elaboración compete al equipo multidisciplinar de la Unidad de Salud Mental (a propuesta del facultativo de referencia) y a la persona usuaria. Además, se mejoraría la continuidad asistencial de las personas con conductas suicidas a través del desarrollo un registro específico, ligado al PGR, para las personas con conductas suicidas.

Respecto a las medidas relacionadas con grupos vulnerables y de riesgo, se implantarían protocolos de atención para las personas con conducta suicida en las Unidades de Salud Mental y Unidades de Salud Mental Infanto-adolescente.

También se mejoraría la detección del riesgo de suicidio en las mujeres en situación de violencia de género. Para ello, se incorporará en el **Sistema Sivio** (la aplicación informática Sistema de Información para la detección y actuación frente a la Violencia de género en personas adultas) preguntas relacionadas con el riesgo de suicidio para mujeres en situación de violencia de género. Además, se practicaría un cribado de riesgo de suicidio a todas las mujeres que den positivo como víctimas de violencia de género en Sivio.

Asimismo, se practicarían cribados de depresión en el programa del anciano y se creará un protocolo de coordinación con los servicios sociales para la detección de conductas suicidas entre las personas sin hogar.

8.2. Plan Prevención Suicidio Eixample Barcelona

El primer programa de prevención del suicidio que se desarrolló en España fue el Programa de Prevención de la Conducta Suicida (PPCS), realizado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona y coordinado por el Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y el Centre de Salut Mental d'Adults de la Dreta de l'Eixample.

El programa se desarrolló en cuatro fases entre septiembre de 2005 y diciembre de 2008.

En la primera se creó un equipo multidisciplinar y se diseñaron los circuitos asistenciales para los pacientes. En la segunda fase se elaboró un programa de información, educación y sensibilización dirigido a los profesionales sanitarios y trabajadores sociales a través de sesiones informativas y materiales audiovisuales. También se creó una página web (www.suicidioprevencion.com) para la identificación precoz de los signos de alerta, que posibilitaba al usuario consultar con profesionales adscritos al programa. La actividad de psicoeducación se extendió a un amplio sector de la población, como fuerzas de seguridad, bomberos, comerciantes, gestores de transporte público, familiares de enfermos mentales, medios de comunicación, sacerdotes, dispositivos de atención geriátrica y asociaciones cívicas del distrito. La tercera fase se destinó a la asistencia de los pacientes con ideación o conducta suicida, los cuales accedían al programa desde los servicios de urgencias de psiquiatría, desde AP o la interconsulta hospitalaria. La atención se iniciaba en un plazo máximo de 48 horas y, tras una evaluación psiquiátrica, se diseñaba un plan terapéutico individualizado y coordinado por un psiquiatra de referencia. Durante la cuarta fase se realizó el seguimiento y evaluación de los pacientes a los 6 y 12 meses.

El estudio fue concluido por 148 pacientes, que fueron comparados con un grupo control de 167 pacientes procedentes de otros distritos a los que no se les aplicó el programa.

Entre los hallazgos más destacados se encontró:

- Menores recidivas de la conducta suicida: 11,5% grupo PPCS vs. 32% grupo control).
- Reducción de las hospitalizaciones: 9,5% vs.18%.
- Mayor tiempo hasta la repetición del intento: 5,29 meses vs. 3,38.
- Menor número de repeticiones a los 12 meses: 1,59 vs. 2,92.

Este programa ha sido, sin duda, uno de los mayores hitos en la prevención del suicidio en España, no ya por su innovación (ya existían planes y programas anteriores, como los elaborados en Castilla y León), sino por la solidez de su diseño, de su desarrollo material, de sus resultados y de su divulgación.

8.3. Plan Prevención Suicidio Madrid (Código 100)

El Código 100 es el código que se utiliza en los servicios de emergencia para intentos de suicidio. Y ese es precisamente el objeto de estudio que realizaron en el hospital Jiménez Díaz de Madrid (Fundación Jiménez Díaz -FJD-) y el Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate de Madrid (SAMUR-Protección Civil).

En el trabajo que publican en 2015 se analizan las diferencias entre los casos atendidos en la Fundación Jiménez Díaz provenientes del SAMUR de los provenientes de los servicios de urgencia propios del hospital.

En realidad, el programa Código 100 es un programa de seguimiento intensivo de pacientes que han intentado suicidarse (tanto en la vía pública como en otros lugares), garantizándose siempre la atención voluntaria en el centro de salud mental en el plazo máximo de 72 horas. De este programa sólo conocemos que dura entre 6 y 12 meses, que posee seguimiento telefónico (independientemente del tratamiento ambulatorio) a las 72 horas, al mes, a los seis meses y al año de la presentación de la conducta suicida y que posee una sesión semanal de terapia de grupo para los pacientes más impulsivos.

8.4. Plan Prevención Suicidio Málaga

Profesionales de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental del Hospital Regional Universitario de Málaga han diseñado un programa global de intervención para la prevención y tratamiento de conductas suicidas, en línea con las estrategias de actuación del Plan Integral de Salud Mental de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

El Plan de Prevención del Suicidio se estructura en tres bloques, uno de prevención universal dirigida a la población en general, que incluye estrategias de promoción de la salud y razones para vivir; un segundo de prevención selectiva, en el que se incide en la formación de profesionales sanitarios y en la prevención de suicidio en la población vulnerable; y un tercero, de prevención indicada, con la incorporación de nuevas tecnologías, cuya población objetivo son los grupos de riesgo, como los adolescentes con enfermedad mental.

La prevención universal se está llevando a cabo con programas de formación y sensibilización con agentes sociales y comunitarios, organizaciones e instituciones públicas, a través de distintos convenios firmados por la UGC con el Teléfono de la Esperanza y la ONG Justa Alegría en colaboración con el Ayuntamiento de Málaga y la Obra Social La Caixa.

En cuanto a la prevención selectiva, el plan incluye acciones de formación en materia de depresión y prevención del suicidio, llevadas a cabo por profesionales de Salud Mental, dirigidas a profesionales sanitarios que incluyen a profesionales de Urgencias y Atención Primaria.

En este bloque, además de incorporar el aspecto de formación en conductas suicidas, se refuerza el programa de formación en el uso de las Guías de autoayuda para la Depresión, trabajo iniciado hace ya cuatro años en patología depresiva desde las Unidades de Salud Mental Comunitaria. La “Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la Depresión en Atención Primaria” – documento de referencia nacional – está dirigida a los especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, y su objetivo es ayudar a los médicos de los centros de salud en la toma de decisiones para el manejo del paciente adulto con depresión.

Con el fin de garantizar la continuidad de cuidados, se incorporará un “Código de Suicidio” que garantiza el seguimiento telefónico hasta la confirmación de citas en 72 horas y asistencia a la misma de todos los pacientes atendidos por conducta suicida en los Servicios de Urgencias. Esta medida ayudará a que el paciente esté acompañado en esas horas de mayor riesgo y asegura una primera

atención en consulta programada en los distintos dispositivos de Salud Mental – hospitalarios o de atención primaria -, donde se establecerá un plan individualizado de tratamiento.

Una acción innovadora es la que va dirigida al tratamiento de una de las poblaciones de riesgo, en concreto, a jóvenes y adolescentes. Esta propuesta incorpora el uso de una aplicación para teléfonos móviles dirigida a jóvenes y adolescentes, diseñada para la prevención del riesgo suicida. La aplicación “+Caminos”, es sencilla e interactiva, está diseñada por profesionales de Salud Mental y es una herramienta de intervención específica que proporciona un sistema proactivo enfocado a la prevención del suicidio, dirigido a pacientes y familiares.

La aplicación es utilizada por el propio paciente como instrumento interactivo entre él y las personas de su entorno autorizadas – familiares y amigos –, que actúan como redes de apoyo. Además, incluye un enlace directo con el teléfono de emergencias 112 y el Teléfono de la Esperanza. Con ayuda de la aplicación, el paciente con riesgo suicida puede elaborar su propio Plan de Seguridad para poner en marcha en momentos de riesgo.

“+Caminos” dispone de mecanismos de escudo, es decir, una serie de estrategias que el individuo puede utilizar en el momento de crisis, guías de afrontamiento para la ansiedad, plan de seguridad para las conductas suicidas, banco de imágenes que acercan a la vida, elementos musicales y proactivos para la vida, etc. La aplicación pregunta por estado de ánimo y hace un registro diario del mismo, además de avisar de las citas con el terapeuta y pactar tareas.

Asimismo, la aplicación incluye una versión para familiares con información sobre cómo intervenir y acercarse a la persona en caso necesario, control de métodos (conductas de riesgo relacionadas con medicación, armas de fuego, etc.) y avisos sobre mitos y realidades relacionados con el suicidio.

El Plan de Prevención del Suicidio es un plan global, novedoso y pionero en Andalucía, que incorpora los resultados del trabajo conjunto llevado a cabo entre distintas instituciones, ofrece una garantía de continuidad de cuidados en el seguimiento, e incorpora el uso de las nuevas tecnologías.

¿Qué tienen en común todos estos planes de prevención?, ¿qué es lo que comparten?

En principio tres grandes aspectos: la sensibilización, el trabajo multidisciplinar, el abordaje holístico. Todos parten de la elaboración de guías informativas a medios, escuelas, familias y profesionales. Pero la medición y el plan es ligeramente distinto en cada comunidad autónoma. Se fundamenta principalmente en una base de datos, en una derivación a un profesional pertinente en esta materia, en la teorización sobre de qué manera dirigirse a la persona con conducta suicida y en el seguimiento.

¿Estos planes de prevención están dando realmente un resultado positivo, se están reduciendo las tasas de suicidio a nivel nacional? De momento parece ser que ninguno de los protocolos que se han desarrollado para la prevención del suicidio ha tenido éxito. Salvo el plan de reducción más serio y contrastado, el Plan de Prevención del Eixample de Barcelona, que demostró reducir en un 23% las muertes por suicidio entre los años 2005-2008.

9. ¿Qué podría aprender España de los planes internacionales de prevención del suicidio?

Como el motivo de este artículo no es comparar punto por punto cada programa, ya que de muchos ellos carecemos todavía de datos oficiales, nos vamos a limitar a dar algunas claves de qué

estrategias de prevención sí han parecido tener una incidencia en la reducción de tasas de suicidio en sus diferentes países de origen. Evidentemente, cada plan de prevención se elabora teniendo en cuenta su contexto y por tanto no necesariamente tiene por qué presentar la misma efectividad en otros lugares, pero sí que puede darnos algunas alternativas y líneas de investigación a tratar actualmente en España.

Del modelo finlandés podemos extraer la importancia de la implicación de todos los agentes sociales en un plan nacional en el que tanto profesionales, como docentes, como medios de comunicación, elaborasen un programa conjunto sobre cómo romper con el tabú del suicidio. Es muy importante en este caso la forma de llevarlo a cabo, la red ha de actuar en conjunto.

Del programa sueco YAM la importancia de la sensibilización en escuelas mediante un abordaje muy específico, poner a los alumnos, tanto a los que pudieran estar en riesgo como a los que no, en el centro del debate; que desde ese ambiente de confianza y de tolerancia se pudiese romper el silencio y sobre todo que desde ese juego de roles se hablase de ello desde múltiples puntos de vista. Importante la formación a futuros docentes.

El servicio de llamadas que Italia implementó respecto a los grupos de riesgo, dio unos muy buenos resultados gracias a su buena praxis, así como a su vigilancia. Tener en cuenta la escasa accesibilidad de la población anciana a medios tecnológicos mediante la implantación de medidas alternativas ayudó a la búsqueda de ayuda. Elaboración de apps.

El plan de prevención de New York en los EE.UU. demostró que, con el enfoque adecuado, así como con un exhaustivo seguimiento, se podían reducir los índices de muertes por suicidio incluso de los casos en el que el sufrimiento psíquico era acuciante. Quizás el enfoque más interesante, ya que parte de la grabación en video (identificación de la conducta) de esas ideas orientado por un terapeuta formado específicamente en esto, plantea un acercamiento al paciente, así como una escucha activa y un seguimiento personalizado a través de un sistema de cartas mensual.

10. Conclusiones

Según datos oficiales del Teléfono de la Esperanza, en el año 2018 se registraron un 30% más de llamadas en sus diferentes sedes. A la espera de los índices que dé el INE de muertes totales por suicidio de este pasado año, en el año 2017 se produjeron un 3,4% más de suicidios que en el 2016. Una situación de emergencia que pide a gritos un cambio en su abordaje.

Puede que este artículo llegue a conseguir ofrecer una visión global de un asunto tan complejo como es el suicidio. Pero su cometido no era solo el de la divulgación, era también el de despertar ciertas preguntas en el lector. Existen multitud de razones por las que no perder la esperanza sobre que algún día, la visibilización del suicidio llegue a ser una realidad, una realidad que llegase a ayudar a mucha gente; y eso es algo que, entre todos, desde los mismos organismos internacionales, pasando por medios de comunicación y llegando a cada rincón de la vida pública, debemos incentivar.

Sin embargo, lo que estamos haciendo, es evidente, no es suficiente... ¿de qué servirían todas esas estadísticas con las que tan incansablemente nos bombardean sin un sistema preciso de medición de datos que nos sirva de reflejo de lo que está ocurriendo hoy día?, ¿de qué serviría tener esos datos sin un Plan Nacional de Prevención en activo?, ¿de qué y para qué sirven todas esas guías sobre sensibilización y recomendaciones sobre el suicidio sin un debate público serio?

Son todas estas preguntas, y no otras, las que ahora que estoy finalizando este artículo rondan por mi cabeza; el objetivo de éste no era llegar a ellas, pero a medida que me he ido implicando más con el tema éstas han llegado hasta mí. Y supongo que son éstas y no otras las que aún nos hace falta contestarnos para que la ayuda a todas esas personas en riesgo sea posible, para que esa prevención de la que tanto se habla y a la que nunca se llega del todo sea, por fin, una realidad. Puede que aún nos falte reflexionar más en la forma de ayudar a conseguirlo, pero lo que sí está claro es que solo lo haremos sin todos los agentes sociales se aúnan en pro de una acción conjunta y comprometida.

Los gobiernos deberían cuestionarse más a menudo si realmente están haciendo algo por mejorar esta situación, si les preocupa un hecho que es ya un problema de salud pública, en donde sus políticas más que ayudar a propiciar un cambio, lo han entorpecido. Deberían hacer un ejercicio de reflexión e impulsar más y mejores propuestas, así como invertir, dentro de sus planes de sanidad, mayor capital en profesionales de la salud, así como en formación específica para ayudar a personas en riesgo. Pero el papel esencial para incentivar el debate público lo tienen sin duda los medios de comunicación, es a través de dar luz a lo aparentemente invisible, lo que acaba generando una conciencia en la población general. Ellos tienen la responsabilidad de visibilizar de forma adecuada sobre algo sobre lo que se debería establecer un debate, para que la gente tuviese una información de calidad, que supiesen a dónde ir, qué hacer, cómo ayudar. Como sociedad, no nos queda más, si es que de verdad queremos que algo mejore, que, de hablar de ello, que sea algo de lo que se pueda hablar con total normalidad, que no acabe resultando un tabú tan grande como lo es aun actualmente, que la gente despeje sus dudas, sus prejuicios y sus miedos en torno a este problema. Que hagamos entre todos, un ejercicio de empatía, que no de condescendencia, un ejercicio de entendimiento del sufrimiento humano como una realidad social que se manifiesta y a la que a veces nos cuesta mirar de frente. Rompamos por fin con ese muro, acabemos por fin con esta red de silencios.

Referencias Bibliográficas

Sitios web de interés:

1. www.ine.es
2. www.redaipis.com
3. www.suicidioprevencion.com
4. www.telefonodelaesperanza.com
5. www.fsme.es
6. Tabla de índices oficiales de muertes por suicidio en España (año 2016):
https://elpais.com/elpais/2017/06/12/ciencia/1497291180_123865.html

Noticias:

1. <https://www.lavanguardia.com/salud/20120419/54284935013/carmentejedor-por-oir-hablar-suicidio-nadie-se-quita-la-vida.html>
2. <https://www.laopiniondemurcia.es/opinion/2017/05/26/ley-silencio/832427.html>
3. <https://www.diariovasco.com/gipuzkoa/estudios-demuestran-existe-20170630001215-ntvo.html>
4. <https://www.lavanguardia.com/vida/20161104/411579597386/supervivientes-de-suicidio-piden-a-medios-que-informen-y-de-forma-respetuosa.html>
5. https://elpais.com/elpais/2017/06/12/ciencia/1497291180_123865.html
6. <https://www.salamanca24horas.com/texto-diario/mostrar/1181629/dia-mundial-prevencion-suicidio-474-personas-muertas-salamanca-desde-ano-2000>
7. <https://www.elmundo.es/espana/2018/07/09/5b4239d0468aeb852f8b45ce.html>
8. <https://www.burgosconecta.es/sociedad/gobierno-planes-suicidio-20180911194418-ntrc.html>
9. https://www.abc.es/espana/castilla-la-mancha/toledo/ciudad/abci-si-habla-suicidio-manera-responsable-reduce-riesgo-realizarlo-201811270008_noticia.html
10. https://www.abc.es/espana/comunidad-valenciana/abci-primer-plan-prevencion-suicidios-espana-201705240859_noticia.html
11. https://www.religionenlibertad.com/vida_familia/477546486/El-Telefono-de-la-Esperanza-las-llamadas-por-temas-suicidas-en-Espana-han-aumentado-un-0.html
12. https://www.eldiario.es/sociedad/Hablar-suicidio-medida-prevencion-primer_0_684531876.html
13. https://www.huffingtonpost.com.au/2017/05/05/suicide-prevention-programs-around-the-world-what-can-australia_a_22055870/?guce_referrer_us=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xlLmVzLw&guce_referrer_cs=n2Uk-eFbyqUTeBYusR9b6A&gucounter=2
14. <https://www.picuida.es/ugc-salud-mental-malaga-disena-plan-prevencion-suicidio/>
15. <https://www.ine.es/oviedo/2019/01/17/pedir-ayuda-fuertes-dicen-expertos/2411931.html>

16. <https://www.yesmagazine.org/happiness/new-yorks-suicide-prevention-program-is-the-first-of-its-kind-in-the-us-20180629>

Estudios científicos:

1. <https://www.nap.edu/read/10398/chapter/10#318>
2. http://www.semst.org/archsubidos/20170619_3f01_INFORMEDEPRESIONLUGARDETRABAJO.PDF
3. <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/programas-de-prevencion-esp%C3%B1a-1/>
4. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/73/ESP/13-73-ESP-280-287-385438.pdf>
5. <http://www.suicidioprevencion.com/plan.php?lang=es>
6. http://www.guiasalud.es/egpc/conducta_suicida/completa/apartado01/introduccion.html
7. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n125/original08.pdf>
8. <http://www.cmaj.ca/content/190/30/E900>
9. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>

Guías oficiales:

1. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=07A630EC4E76C4372C2E4BADA22DA0B5?sequence=1
2. <http://www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es/web/pla-prevencio-suicidi/inici>
3. <http://www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es/documents/7217942/7267322/Prevenci%C3%B3n+del+suicidio+-+Medios+de+comunicaci%C3%B3n.pdf>
4. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107452/E77922.pdf?sequence=1>

Revistas y medios de divulgación:

1. <https://psicologiyamente.com/clinica/efecto-werther>
2. <http://www.humanizar.es/index.php?id=185&idRevista=24&tipo=Seccion2>
3. <https://primeravocal.org/suicidio-y-sociedad-eros-y-tanatos-en-la-sociedad-de-consumo/>
4. <https://www.elespanol.com/documental/suicidios/web/metodologia.html>
5. <http://www.grupocolumbus.org/2013/03/aprendizaje-vicario-empatia-y-neuronas.html>
6. <https://www.prevensuic.org/>