

Capítulo 2

SUICIDIOS: LAS MUERTES INVISIBLES. PROPUESTA PARA UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Andoni Anseán Ramos

LAS MUERTES INVISIBLES

En España existen políticas de seguridad ciudadana, políticas de seguridad vial y políticas contra la violencia de género. Pero no existen políticas contra el suicidio. Tal vez por eso, en 2012, las muertes por suicidio (3.539) hayan sido casi el doble de las producidas por accidentes de tráfico (1.915), 12 veces más que las producidas por homicidios (303) y 68 veces mayor que las producidas por la violencia de género (52), habiéndose convertido desde hace años en la principal causa externa de muerte¹.

Las muertes por suicidio parecen muertes invisibles, casi inexistentes, desaparecidas de las preocupaciones sociales y mediáticas y de las agendas políticas y sanitarias. No obstante, en el mundo arrastran el sufrimiento de millones de personas y, con ellas, otras muchas más que les sobreviven. Por ejemplo, algo no va bien cuando la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio (IASP) facilita en su web (www.iasp.info) los recursos de ayuda y centros de crisis por países en todo el mundo y, aun existiendo en países menos desarrollados o con tasas de suicidio menores, no hay ninguno de España. En este sentido: ¿para cuándo campañas de prevención del suicidio en España?, ¿para cuándo planes integrales de prevención del suicidio?, ¿para cuándo programas asistenciales de prevención del suicidio?, ¿para cuándo recursos específicos para la intervención y postvención suicida? Confiamos en que, en un futuro no muy lejano, todas estas preguntas puedan ir teniendo respuesta.

ALGUNAS IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE EL SUICIDIO

A lo largo de este manual se encontrarán muchos datos que desmitifican ideas preconcebidas del suicidio. A su lectura nos remitimos para una mayor profundización. Nosotros no podemos extendernos ahora en ellos, pero seleccionaremos los tres que consideramos más relevantes y que habría que superar a nivel social para poder afrontar este problema con la atención que merece.

Hay muy pocas personas que se suicidan. No es un problema importante

En el mundo², se suicida una persona cada 40 segundos y se calcula que otra lo intenta cada 2, lo que suponen del orden de 1.000.000 de muertes y 20.000.000 de intentos anuales. Cada acto suicida afecta a otras 6 personas de su entorno. Hay más muertes en el mundo por suicidios que por homicidios y por guerras juntos.

Solo en España¹, en 2012 se alcanzó la cifra récord de 3.539 muertes por suicidio. Suponen casi 10 muertes al día. Es la primera causa de muerte en varones de 25 a 34 años y la segunda, tras los tumores, en ambos sexos de esa franja de edad. Todo ello sin contar los suicidios camuflados detrás de accidentes de tráfico, de abandonos de tratamientos de personas enfermas o la infranotificación por problemas administrativos (hay cálculos en España que la sitúan en torno a 450 muertes más que las cifras oficiales³).

Ante estos datos no se puede seguir afirmando que la conducta suicida no es un problema prioritario y un drama personal y humano sobre el que se puede y, sobretodo, se debe actuar.

La persona que se suicida quiere morir

La persona que se suicida quiere dejar de sufrir. No desea morir, y mucho menos matarse, sino vivir en una situación diferente de la que vive, sin los problemas ni sufrimientos que padece. Lo que no quiere es seguir viviendo en la misma situación que lo hace, valorando la muerte como la única forma de superarla, como la única solución a sus problemas. Por tanto, es una persona que necesita ayuda para ver otras alternativas a la solución o, al menos, la disminución de esos problemas.

Nadie que es feliz se suicida. El suicidio lo genera el sufrimiento y la desesperanza de que este sufrimiento pueda desaparecer en el futuro, por lo que la muerte se ve como la mejor solución posible o, en todo caso, mejor opción que seguir con vida. En consecuencia, abordar su sufrimiento y desesperanza deberá ser la vía regia para prevenir la conducta suicida. Una prevención que no es misión exclusiva del sistema sanitario, sino que intervienen muchos más factores (laborales, económicos, familiares, sociales, etc.) que deberán ser abordados en los ámbitos correspondientes. La corresponsabilidad con la prevención del suicidio es, sin duda, de obligado cumplimiento entre todos los sectores implicados.

El suicidio no se puede prevenir

Desde luego, nada se puede prevenir si no se hace nada para prevenirlo. Por tanto, para que, al menos en España, pueda afirmarse que el suicidio no se puede prevenir, primero ha

habido que hacer algo para demostrarlo. Y, salvo las excepciones referidas a experiencias concretas en Barcelona⁴, Sabadell⁵, Orense⁶ y Valladolid⁷ (y que, además, sí han obtenido resultados), que se comentan a lo largo de este mismo manual, no puede decirse que se hayan llevado a cabo experiencias integrales, globales, de prevención a nivel autonómico o estatal.

En todo caso, no hay que olvidar que cada suicidio, cada persona, es única. Es cierto que no sabemos (ni sabremos nunca) exactamente los porqués de cada suicidio en particular y, en consecuencia, la forma concreta de predecirlos o prevenirlos; pero sí conocemos ciertas características que, en general, pueden ayudar a disminuirlos. Sabemos cuáles son los factores de riesgo, los protectores y los precipitantes. También conocemos las señales de alarma. Sabemos qué estrategias de prevención debemos realizar para evitar el acto suicida. Y cómo hacerlo. Sabemos cómo intervenir ante la conducta suicida para disminuir el riesgo de su repetición. En el último extremo, y sin que eso pueda ser posible nunca del todo, sabemos cómo ayudar a superar una muerte por suicidio. Sabemos sobre qué y cómo hacer prevención, intervención y postvención en la conducta suicida.

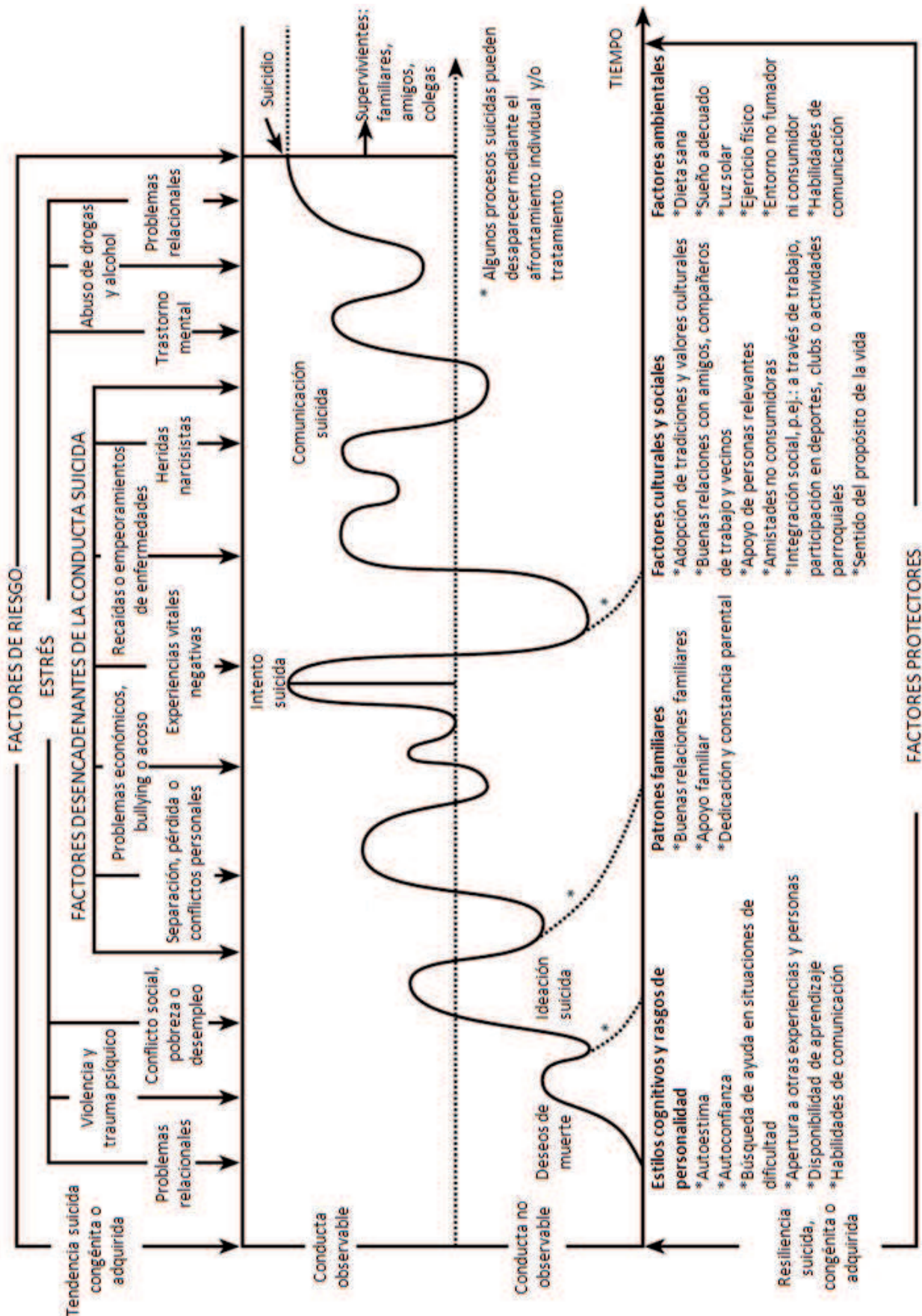
La conducta suicida se entiende como consecuencia de una compleja interacción entre factores predisponentes, precipitantes y protectores, entre la vulnerabilidad individual y los estresores a los que cada individuo se enfrenta a lo largo de la vida o en determinados momentos de ella. En el gráfico 1, la OMS nos enseña cómo los factores de riesgo se entrelazan con factores estresantes y precipitantes, de manera que pueden dar lugar a conductas suicidas, tanto observables (p.ej.: intentos, gestos o comunicaciones suicidas), como no observables (p. ej.: deseos de muerte, ideaciones o planificación suicida)⁸. A lo largo de ese proceso, la persona en riesgo suicida puede disponer de factores cognitivos, familiares o sociales que le protegen de ese riesgo, pero también puede ser ayudada, “rescatada”, a través del desarrollo de habilidades personales o de su puesta en tratamiento. La tarea está, por tanto, en potenciar los factores de protección, minimizar la influencia de los factores estresantes y evitar o amortiguar los factores precipitantes, además de, obviamente, practicar el tratamiento clínico (médico, psicológico) que corresponda.

PROPUESTA PARA UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL SNS

La prevención del suicidio está contemplada dentro de uno de los objetivos de la, actualmente en revisión, Estrategia en Salud Mental del SNS¹⁰. No es suficiente. La magnitud del problema de la conducta suicida es tal que requiere una estrategia propia. Una estrategia que le otorgue la proporcionalidad epidemiológica, sanitaria y social que realmente posee, no ya solo como problema de salud pública sino como drama humano que requiere la atención (y la acción) de todos los agentes implicados en su disminución. Es por ello por lo que la estrategia que se propone, si bien afecta sobre todo al sistema sanitario, también alcanza a otros ámbitos igualmente implicados en la prevención del suicidio: centros y servicios sociales, centros educativos, empresas, cuerpos de seguridad, familias, medios de comunicación, etc.

El fin último que se persigue con la estrategia no puede ser otro que disminuir la morbimortalidad de la conducta suicida, lo cual se pretende conseguir a través de 4 objetivos que se desglosan en 30 acciones. Todas ellas se muestran en la tabla 1. Pero todo ello pasa primero por una sola acción: hacer algo. No como hasta ahora.

Gráfico 1. Modelo de vulnerabilidad y estrés en conducta suicida.



Fuente: Traducido de OMS, 2002⁸, a partir de Wasserman D, 2001⁹.

Tabla 1. Propuesta de una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS.

Objetivo 1. Concienciar y sensibilizar sobre la magnitud y consecuencias de la morbimortalidad de la conducta suicida y el estigma y oscurantismo asociados a ella.	Acción 1	Aplicar la proposición no de ley aprobada por unanimidad en el Congreso en diciembre de 2012 ^{11,12} , en forma de elaboración, implementación y evaluación de una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS.
	Acción 2	Elaborar programas autonómicos de prevención de la conducta suicida en consonancia con los contenidos de la estrategia.
	Acción 3	Realizar campañas de concienciación y desestigmatización social sobre el problema de la conducta suicida.
	Acción 4	Elaborar y divulgar una guía de estilo con recomendaciones de información y comunicación sobre suicidios.
	Acción 5	Destinar 1 de cada 10.000 euros de los presupuestos generales locales, autonómicos y estatales a acciones específicas de prevención de la conducta suicida.
Objetivo 2. Capacitar en la detección de la conducta suicida y en las estrategias más eficientes para su afrontamiento.	Acción 6	Crear programas asistenciales integrados de la conducta suicida, con especial atención a grupos de riesgo y vulnerables, como mejor forma de coordinación entre niveles asistenciales y la continuidad de cuidados del paciente con riesgo de suicidio.
	Acción 7	Mejorar la capacidad de despistaje y diagnóstico del riesgo suicida en atención primaria.
	Acción 8	Mejorar las estrategias de afrontamiento y rescate de personas suicidas en los servicios de emergencias sanitarias.
	Acción 9	Sistematizar la evaluación y detección de la conducta suicida en todos los pacientes atendidos en centros y servicios de salud mental.
	Acción 10	Mejorar la calidad de las historias clínicas en relación con el diagnóstico y seguimiento de la conducta suicida.
	Acción 11	Acortar los tiempos de espera en consultas de salud mental en caso de riesgo suicida.
	Acción 12	Crear protocolos específicos de atención a la conducta suicida, acordes con la evidencia científica disponible, en todos los dispositivos ambulatorios y hospitalarios de salud mental.
	Acción 13	Garantizar el diagnóstico y tratamiento de la patología de base, especialmente en crisis y en etapas iniciales de la enfermedad.
	Acción 14	Incrementar el seguimiento, especialmente tras el alta hospitalaria, en forma de atención telefónica o visitas domiciliarias.
	Acción 15	Mejorar los sistemas de registro estadístico de las muertes por suicidio.
	Acción 16	Implantar sistemas de gestión de casos.
	Acción 17	Crear una base de datos e intercambio de buenas prácticas en la prevención de la conducta suicida.
	Acción 18	Crear programas y protocolos de prevención de la conducta suicida en centros geriátricos y educativos.
	Acción 19	Crear protocolos de intervención en crisis en los cuerpos de seguridad y de bomberos.
	Acción 20	Priorizar la prevención del suicidio en las políticas de prevención de riesgos laborales.
	Acción 21	Aumentar la capacidad de detección y las estrategias de intervención ante el riesgo suicida en el entorno familiar.
	Acción 22	Fomentar y apoyar el estudio e investigación de la conducta suicida y su prevención.

Tabla 1. Propuesta de una Estrategia de Prevención del Suicidio en el SNS (continuación).

Objetivo 3. Crear recursos específicos para la prevención, intervención y postvención de la conducta suicida.	Acción 23	Crear centros de ayuda y atención a personas afectadas por la conducta suicida.
	Acción 24	Crear un Observatorio Estatal de la Conducta Suicida.
	Acción 25	Crear una línea y web de ayuda específicas para la prevención del suicidio.
	Acción 26	Proporcionar atención postventiva a los supervivientes al suicidio.
	Acción 27	Promover y colaborar con el asociacionismo de supervivientes.
Objetivo 4. Limitar el acceso a medios letales.	Acción 28	Controlar el acceso a tóxicos, medicamentos, armas u otros medios letales por parte de personas en riesgo suicida.
	Acción 29	Diseñar o modificar las obras públicas de manera que impidan ser utilizadas como medio suicida.
	Acción 30	Supervisar los contenidos prosuicidas en Internet.

Fuente: elaboración propia.

BIBLIOGRAFÍA

1. INEbase [base de datos en Internet]. Estadísticas de defunción por causa de muerte 2012. Instituto Nacional del Estadística; 2014. [fecha de acceso 1 de febrero de 2014]. Disponible en: www.ine.es.
2. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide. A framework. Geneva: WHO; 2012.
3. Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2014;7(3):139-146.
4. Tejedor MC, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solà I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011;39(5):280-7.
5. Palao DJ. Programa de intervención multinivel para la prevención de la depresión y el suicidio (Corporació Sanitàri i Universitari Parc Taulí de Sabadell). En: Programas clínicos de intervención sobre la conducta suicida en España. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
6. Reijas T, Ferrer R, González A, Iglesias F. Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(5):279-86.
7. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2007. Castilla y León. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
8. World Health Organization. Multisite intervention study on suicidal behaviours-SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS. WHO. Geneva; 2002.
9. Wasserman D (editor). *Suicide: An Unnecessary Death*. London. Martin Dunitz; 2001.
10. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Estrategia en Salud Mental 2009-2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
11. Diario de sesiones del Congreso de los Diputados nº79. 11 de diciembre de 2012.
12. Diario de sesiones del Congreso de los Diputados. Comisión de Sanidad y Servicios Sociales nº 523. 12 de marzo de 2014

ÍNDICE

LAS MUERTES INVISIBLES

ALGUNAS IDEAS EQUIVOCADAS SOBRE EL SUICIDIO

Hay muy pocas personas que se suicidan. No es un problema importante

La persona que se suicida quiere morir

El suicidio no se puede prevenir

PROPUESTA PARA UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN EL SNS