

**Consideracions per  
a un abordatge social  
i sanitari del suïcidi**  
a propòsit del  
Codi Risc de Suïcidi



**Consideracions per  
a un abordatge social  
i sanitari del suïcidi**  
a propòsit del  
Codi Risc de Suïcidi

Autores:

M<sup>a</sup> José Fernández de Sanmamed

Judit García

M<sup>a</sup> Victòria Mazo

Juan Manuel Mendive

Elena Serrano

Francesca Zapater

Maig 2018

Per citar aquest document suggerim fer-ho de la següent forma:

Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Serrano E, Zapater F. Consideracions per a un abordatge social i sanitari del suïcidi a propòsit del Codi Risc de Suïcidi. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària. 2018

Fotografia de portada: Elena Serrano

**1ª edició:** maig 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/>

**Producció gràfica:** Lacontragrafica.com

**Impremta:** Service Point



# Índex

<b>1.</b> Per què aquest document? .....	7
<b>2.</b> El suïcidi, des de l'inici dels temps .....	9
<b>3.</b> Epidemiologia del suïcidi .....	13
<b>4.</b> El Codi Risc de Suïcidi: un intent de prevenció .....	19
<b>5.</b> Consideracions sobre el Codi Risc de Suïcidi .....	22
<b>6.</b> Evidències en els programes de prevenció del suïcidi .....	28
<b>7.</b> Apunts per a un abordatge sanitari i social de la prevenció del suïcidi .....	31
<b>8.</b> Bibliografia .....	36





## PER QUÈ AQUEST DOCUMENT?

# 1

Fa dos anys, amb la publicació anomenada «Atenció a les persones amb malestar emocional relacionat amb condicionants socials a l'Atenció Primària de Salut» (1) vàrem tractar la relació entre la salut mental i els condicionants socials. L'empitjorament de les condicions de vida d'amplis sectors de la població en l'última dècada, conseqüència de la crisi econòmica i de les polítiques d'austeritat, ha comportat nivells elevats de patiment i pèrdua d'expectatives personals i familiars a curt i mitjà termini.

Les societats i els estats que han causat aquest patiment no han ofert mesures de protecció que puguin reduir l'impacte en les persones més vulnerables. Els efectes s'han manifestat en un augment de trastorns emocionals (ansietat, alteració de l'ànim), de conductes de risc (consum de tòxics) i d'auto-agressivitat com són les conductes suïcides. En el nostre país s'ha observat un augment de la taxa de suïcidis i d'intents de suïcidi en els últims anys que s'ha reflectit en les estadístiques de mortalitat.

La mort voluntària és un fenomen multi-causal, que respon en part a l'existència d'agressions externes, entre les quals es troben les pèrdues de treball i d'ingressos econòmics o d'habitatge que comporten greus dificultats per subsistir i posen les persones en situacions límit. Una de les causes de les conductes suïcides és la malaltia mental, però no és creïble que aquesta expliqui el 90% dels casos, com es defensa des de certs autors i entorns mèdics. Aquesta interpretació està basada en la concepció biologicista que ha dominat la medicina des de la meitat del segle passat i menysté els determinants socials de la salut i de la conducta humanes.

---

(1). Aquest document precedeix a l'actual treball, sent elaborat pel grup de treball GraFoCAP i disponible a: <https://focap.files.wordpress.com/2016/05/atencioccc81-a-les-persones-amb-malestar-emocional-relacionat-amb-condicionants-socials.pdf>

Tot i que el suïcidi està envoltat d'una manca de reconeixement i fins i tot tendeix a ser silenciada, ha suscitat un creixent interès social i institucional en les últimes dècades. En el nostre entorn el sistema sanitari ha promogut plans de prevenció amb la intenció de reduir el nombre de morts per aquesta causa. La principal iniciativa duta a terme a Catalunya en aquest terreny és el denominat Codi Risc de Suïcidi (CRS)<sup>1</sup>, que es basa en la premissa que la majoria d'actes suïcides són deguts a la presència d'una malaltia mental i estableix uns protocols de seguiment de les persones que han sobreviscut als intents d'autòlisi.

En els últims anys s'han manifestat nombroses veus a nivell internacional que posen en evidència la manca de consistència científica dels enfocaments de la salut mental de base biologicista i farmacològica. Es reclamen comprensions que tinguin en compte els factors socials i vivencials, i polítiques assistencials ancorades en la realitat comunitària i en el treball des de la subjectivitat de les persones per reduir els patiments i procurar un millor benestar material, físic i mental.

Aquest document vol aportar un conjunt de consideracions al voltant de la política de prevenció del suïcidi a partir d'incorporar els determinants socials tant en la seva comprensió com en la intervenció social i sanitària.





## EL SUÏCIDI, DES DE L'INICI DELS TEMPS

# 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 mort voluntària ha estat present en tota la història de la humanitat, des del món antic als nostres dies. Ha estat motiu d'estudi i centre d'interès de pensadors de diferents disciplines que s'han endinsat en la cerca d'explicacions d'aquest fet. El suïcidi ha estat també el protagonista de moltes obres d'art i de la literatura de tots els temps.

Cada època històrica ha ofert la seva interpretació de les conductes suïcides, atorgant-les un significat en funció del marc social, polític i cultural en què es produïen. Ha afectat i afecta totes les classes socials, tots els àmbits geogràfics i persones amb diferent formació intel·lectual. Un element comú de les diverses èpoques i mirades ha estat considerar que la mort voluntària expressa la resposta humana a situacions de desesperació, desempament, patiment, manca de sentit de la vida o falta d'esperança. La cerca de la felicitat, l'exercici de l'autonomia personal o l'expressió màxima de la llibertat s'han referit com a motivacions de les persones que han acabat de manera voluntària amb la seva vida. Totes les societats occidentals, amb més o menys força han rebutjat les conductes suïcides i fins fa poc s'ha castigat els seus protagonistes i els seus familiars.

Ramón Andrés, en el llibre «Semper Dolens Historia del suicidio en Occidente»<sup>2</sup>, fa un minuciós seguiment del fet suïcida des dels començaments de la història de la humanitat i ens recorda que el patiment humà és inherent a la nostra existència i que «nos damos muerte por lo mismo que hace miles de años». La intenció d'acabar amb el dolor físic o moral

dins d'una realitat social i psicològica altament complexa, que es mou entre la supervivència i l'autodestrucció, ha portat al llarg de la història a procurar la pròpia mort. Tan reduccionista és atribuir la mort voluntària exclusivament a les causes socials com ho és fer-ho únicament a les causes patològiques, si bé totes dues poden explicar part del fenomen.

Al segle XVIII, amb la Il·lustració i l'incipient desenvolupament del pensament científic es comença a buscar una explicació fisiopatològica del suïcidi amb la teoria dels humors; en concret atribuïa la seva causa a la presència de la bilis negra. Però va ser durant el segle XIX que la medicina va encarregar-se d'atorgar una alteració mental a les persones amb conductes suïcides. En el nostre entorn, el psiquiatre Pere Mata va ser un bon representant d'aquesta tendència positivista en defensar que el trastorn mental és la causa principal del suïcidi. Malgrat que els registres oficials de la segona meitat del segle passat recullen que tan sols el 32% dels suïcidis són causats per malaltia mental, la medicina i la psiquiatria van insistir en què hi ha una base patològica en el 90% dels casos.

Aquesta visió s'accentua durant el segle XX amb el desenvolupament de la psiquiatria biologicista i de la psicofarmacologia. Segons aquesta visió, el patiment psicològic i moral i el desequilibri emocional es transformen en malalties. Els «síntomes depressius» com el desànim o la manca d'esperança reactiva a situacions de desemparament i de dificultats per sobreviure, que constitueixen reaccions pròpies dels humans, s'interpreten com a reaccions patològiques.

Enfront de les visions mèdiques, tenim les teories sociològiques, que destaquen els factors socials com a causa principal del suïcidi. L'autor més representatiu és el sociòleg Émile Durkheim<sup>3</sup>, segons el qual quan la societat fracassa en regular les condicions de vida per a un bon desenvolupament de les persones, les aboca al fracàs i alimenta conductes autodestructives. Les societats industrials que fomenten l'individualisme i enalteixen el benestar i el consum no asseguren que tothom pugui arribar a les metes que planteja. Durkheim entén el suïcidi com una resposta al trencament dels lligams entre individu i societat, com un acte per salvar l'honor perdut, o com una manera d'enfrontar amb la pròpia mort les normes imposades per la societat. En la mesura que no es consideren

les causes socials, la malaltia esdevé la coartada d'una societat injusta que porta els seus membres a la mort com a resposta al fracàs personal i social i a la manca d'alternatives per a una vida que se li havia promès plena d'èxit i progrés.

El secretisme que hi ha hagut, i encara hi ha, al voltant de la mort voluntària en les societats occidentals ha fet que no disposem de dades fiables que ens informin de l'evolució de la seva incidència. Però tot apunta que durant el segle passat, i el que portem de l'actual, s'ha produït un augment significatiu. L'OMS (Organització Mundial de la Salut) va presentar l'any 2002 un informe<sup>4</sup> sobre els riscos per a la salut. Basant-se en dades del 2000 afirma que el suïcidi és la primera causa de mort violenta en el món, per davant de l'homicidi i fins i tot dels conflictes bèl·lics. La incidència en homes és molt superior que en dones (tres vegades més), mentre que els intents no consumats són superiors en dones (cinc vegades més).

Repassant casos de suïcidis del segle XX, com els produïts entre els grangers britànics arran de la crisi de les vaques boges, els d'empleats d'empreses tecnològiques en crisi a França o els directius d'empreses financeres dels Estats Units davant el desastre econòmic i financer iniciat el 2008, es fa difícil pensar que tots ells eren malalts mentals. En països que han patit greus crisis econòmiques, com Rússia als anys 90 o Grècia des del 2008, s'ha observat un important augment de la taxa de suïcidis. En concret a Grècia, es va produir un augment de les taxes globals del 35% entre els anys 2010 i 2012<sup>5,6</sup>.

Una paradoxa de la medicina del nostre temps és el fet que l'elevat consum d'antidepressius de les últimes dècades no ha aconseguit disminuir la prevalença de la depressió ni la taxa de suïcidis. Aquesta realitat posa en relleu les limitacions de l'abordatge de la depressió i del suïcidi que es fa des de la psiquiatria actual.

És difícil dissecionar els diferents elements causals del suïcidi, que com tota conducta humana respon a múltiples raons i està bastida sobre un complex entramat de factors socials, psicològics i psiquiàtrics interrelacionats entre si. Però precisament, tenir en compte aquesta

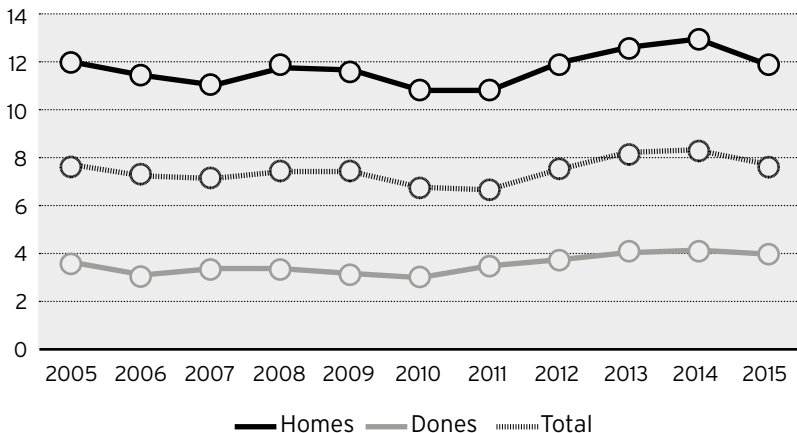
complexitat és la que ens ha d'orientar a l'hora de comprendre, interpretar i intervenir en el que és un problema de salut pública i per pal·liar el patiment de nombroses persones. I, per què no, reclamar polítiques que no portin a la misèria, l'exclusió, la marginació i el patiment psicològic i moral a tantes i tantes persones.

## EPIDEMIOLOGIA DEL SUÏCIDI

# 3

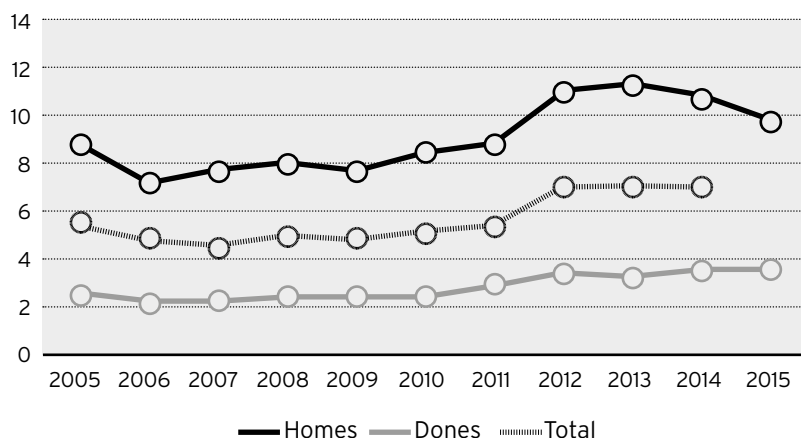
A l'Estat Espanyol i a Catalunya la mortalitat per suïcidi tenia una tendència decreixent a tots els grups d'edat i va arribar al seu decreixement màxim entre el 2009 i el 2010. Després de la gran recessió econòmica iniciada el 2008-2009 aquesta tendència s'ha invertit i la mortalitat per suïcidis ha anat incrementant, assolint el 2014 la xifra més elevada des del 1980 tant en homes com en dones (fig. 1 i fig. 2). L'increment en el número i les taxes de suïcidis es va iniciar a Espanya el 2012 i s'ha mantingut durant els anys 2013 i 2014 (les taxes de suïcidis per 100.000 han passat de 7'6 al 2012 a 8'4 a 2014). Les darreres dades publicades per l'Institut Nacional de Estadística (INE) són del 2015 i sembla que disminueixen lleugerament en els homes, tant el número com les taxes, i es mantenen en les dones.

Figura 1. **Evolució de les taxes de suïcidi 2005-2015 a l'Estat Espanyol, per sexes. (Per 100.000 habitants).**



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

Figura 2. **Evolució de la taxa de mortalitat per suïcidi 2005-2011 a Catalunya, per sexes. (Per 100.000 habitants).**



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

A Catalunya, l'evolució de la mortalitat per suïcidi ha estat similar. L'any 2010 es produeix un increment en el nombre i les taxes de suïcidis en homes i dones, i es manté durant els anys 2011, 2012 i 2014. L'any 2015 sembla que torna a reduir-se en els homes i es manté l'increment en les dones<sup>7</sup>.

Segons dades de l'INE, la magnitud del problema en els darrers anys és la següent: el 2013 es van produir 3870 suïcidis a l'Estat Espanyol (2911 homes i 959 dones), és a dir, 331 suïcidis més que el 2012 (destaca l'increment del 17,7% en dones). El 2014 es van produir 3910 morts per aquesta causa (2938 homes i 972 dones), i el 2015 van haver-hi 3690 morts per suïcidi (2700 homes i 990 dones).

Les dades són concordants amb el coneixement que teníem de crisis econòmiques prèvies i amb l'evolució de la mortalitat per suïcidi en altres països de la Unió Europea durant la crisi actual. Diverses revisions sistemàtiques i estudis, tant de crisis econòmiques prèvies<sup>8,9</sup> com de la gran recessió recentment succeïda a Europa<sup>10,11</sup>, evidencien i permeten afirmar que la mortalitat per suïcidi augmenta en les recessions econòmiques.

## **MORTALITAT PER SUÏCIDI, DESIGUALTATS I CONDICIONANTS SOCIOECONÒMICS**

Existeixen clares desigualtats de **gènere i per edats** en la mortalitat per suïcidi. És considerablement major en homes que en dones, i aquest patró és estable al llarg del temps. Històricament, tant el número com les taxes han estat i són més elevades en els homes que en les dones en tots els grups d'edat.

Per edat també es troben diferències. La franja d'edat amb les taxes més elevades són les de persones majors de 75 anys i augmenten considerablement a partir dels 85 (més en els homes). No obstant, la franja d'edat que aporta més número de morts al total per suïcidi és la dels homes en edat laboral i sobretot la franja de 40 a 65 anys.

Així mateix, i malgrat representar un número relativament petit de morts (310 nens i joves menors de 30 el 2013, números que representen una taxa de 2,6 per 100.000), convé destacar que el suïcidi és la tercera causa de mort en el grup de 15 a 29 anys, predominantment en els homes i la seva taxa triplica la de les dones<sup>12</sup>.

Convé destacar que tant els estudis primaris i les revisions quantitatives<sup>13,14,15,16</sup> com els estudis basats en narratives, ens assenyalen que el suïcidi s'incrementa en les persones en **condicions socioeconòmiques desfavorables**.

L'evidència documenta clarament que la mortalitat per suïcidi va augmentar en homes en edat laboral en crisis anteriors<sup>8,9</sup>, i que **l'atur està associat** a l'augment de la mortalitat per suïcidi, bàsicament en casos d'atur de llarga durada<sup>9</sup>. Aquest risc és major els primers 5 anys d'atur però persisteix durant 16 anys després de perdre la feina. També existeixen evidències que les persones a l'atur o en situació de precarietat laboral veuen més afectada la seva salut psicològica.

L'Informe de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya del març de 2017<sup>7</sup> assenjala que la mortalitat per suïcidi presenta un **gradient social clar**, sobretot entre els homes, i a més la taxa és el doble en els homes que no treballen i entre els que treballen és també major en aquells que

guanyen menys de 18.000 euros/any. Entre la població major de 65 anys els homes amb rendes inferiors a 18.000 euros/any multipliquen per 2,7 la taxa de suïcidis respecte aquells de la seva mateixa edat amb rendes superiors a 18.000 euros.

Un article recent que estudia la mortalitat per suïcidi a Barcelona i Euskadi i la seva relació amb el **nivell educatiu**<sup>17</sup>, mostra que el suïcidi augmenta quan el nivell educatiu és més baix i aquesta associació és molt clara i consistent en els homes i sobretot en els homes en edat laboral.

Les notícies i la llista i registres de suïcidis directament relacionats amb **desnonaments i execucions hipotecàries**<sup>18</sup>, acomiadaments, i altres situacions d'estrès deguts a la recessió, ens situen davant de morts atribuïbles a la crisi i per tant, evitables.

En aquest sentit és interessant escoltar les narratives dels afectats en l'estudi qualitatiu realitzat per l'Observatori de Salut Mental de Catalunya<sup>19</sup> que "recull els relats, les queixes i els malestars de les persones que acudeixen als serveis socials de primària per causes directament relacionades amb la crisi econòmica". En els relats predominen referències a la pèrdua de control sobre la pròpia vida, a la desesperació i sentiments d'inutilitat, i a la ideació de mort. Parlen dels pensaments i les vivències de desesperança i d'inutilitat dels seus esforços personals per resoldre el problema. Idees que mostren una posició passiva davant el suïcidi.

Tanmateix se sap que la mortalitat per suïcidi en èpoques de crisi es pot revertir amb mesures de protecció social i polítiques laborals<sup>20</sup>. Així, a Finlàndia durant la crisi del 90-93 l'atur va pujar del 3,2% fins al 16,5% i no van augmentar els suïcidis<sup>21</sup>, i això contrasta amb el que va passar a Rússia on la mortalitat per suïcidi va augmentar significativament<sup>22</sup>. Un altre exemple és la comparació realitzada entre Espanya i Suècia en l'associació entre la taxa d'atur i les taxes de suïcidi entre el 1980 i el 2005. Mentre que a Espanya hi havia una clara associació entre atur i suïcidis i aquests augmentaven quan augmentava l'atur, a Suècia no es va produir aquesta associació<sup>23</sup>. Els autors que estudien aquestes diferències ho atribueixen, entre d'altres factors, a la diferència de capital



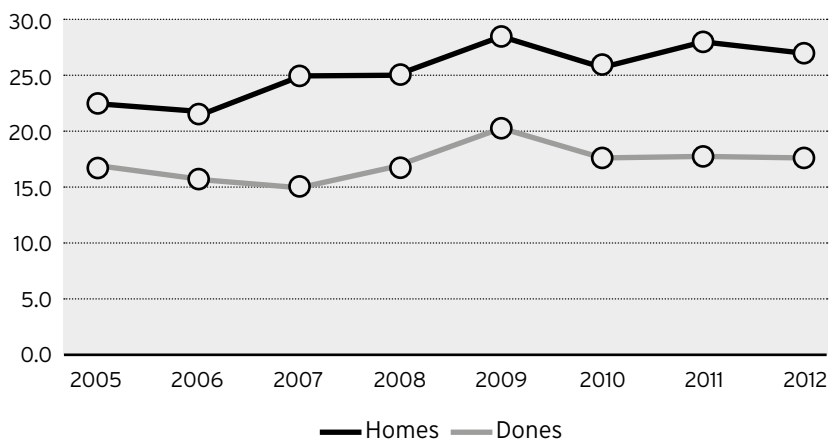
social de què disposaven els països i a les polítiques de protecció social i estímul de l'ocupació que els estats van implantar per minimitzar els efectes de la crisi. Les dades de la Unió Europea indiquen que l'augment de l'atur no incrementa la mortalitat per suïcidi quan es gasten en programes socials més de 190 dòlars per persona i any. La mateixa hipòtesi es planteja des del sentit oposat, trobant-se una associació entre l'increment del suïcidi i la reducció de la despesa en polítiques socials<sup>20</sup>. Aquesta evidència contrasta amb les mesures d'austeritat i les retallades que han portat a terme els governs en l'actual crisi. L'austeritat i les retallades socials en lloc de ser una solució són una part important del problema.

### **INTENTS D'AUTÒLISI**

A Catalunya disposem de dades sobre els intents d'autòlisi a partir del Conjunt Mínim Bàsic de Dades Hospitalari (CMBD-AH) i els ingressos hospitalaris. Les taxes d'hospitalització per intent de suïcidi han augmentat significativament en el període 2005-2012, tant en homes (de 16,9 a 17,9) com en dones (de 22,2 a 26,7) (fig. 3). L'evolució de les taxes específiques d'hospitalització per edat per aquesta causa posa de manifest una tendència creixent (tant en homes com en dones), i això s'explica per l'increment en les persones majors de 44 anys. Destaquem també les taxes en persones majors de 65 anys (20,7 en dones i 16,4 en homes)<sup>24</sup>.

Aquestes dades són també concordants amb altres estudis sobre ideació autolítica, com el realitzat a Grècia<sup>25</sup> entre el 2009 i el 2011 mitjançant enquestes telefòniques. Es va comprovar que la ideació suïcida va augmentar significativament en el segon període, passant del 5,2% al 6,7%.

Figura 3. Taxes d'hospitalització per intent de suïcidi a Catalunya, per sexes. Per 100.000 habitants).



Font: Conjunt mínim bàsic de dades d'alta hospitalària (CMBD-HA), CatSalut. Adaptat de: Suelves JM, Colls C. 2013.

## EL CODI RISC SUÏCIDI: UN INTENT DE PREVENCIÓ

# 4

El El Codi Risc Suïcidi (CRS) es defineix com “un conjunt protocol·litzat d’actuacions preventives i assistencials adreçades a aquelles persones que en el moment de contactar i/o acudir al Sistema Sanitari Integral d’utilització pública de Catalunya (SISCAT) presentin un risc important de suïcidi”. Apareix a la instrucció de 10/2015 del CatSalut en un document elaborat pel mateix CatSalut i el Departament de Salut<sup>1</sup>.

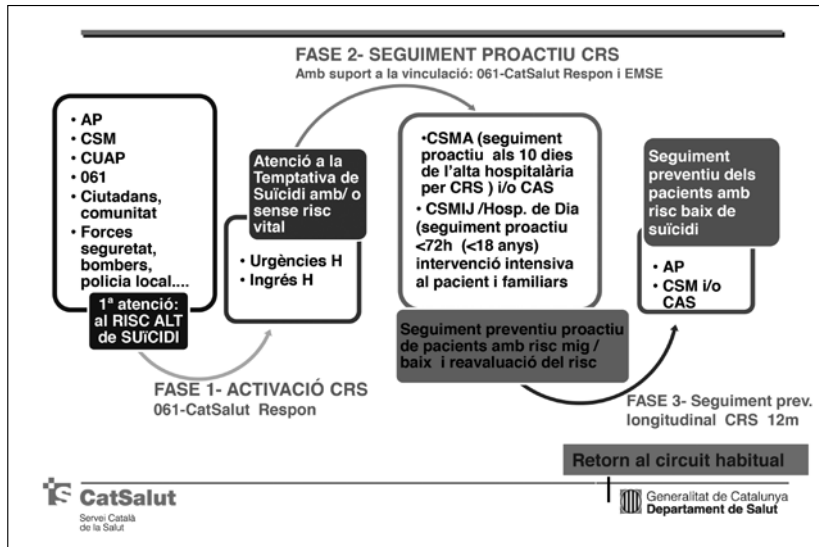
El CRS sorgeix en un context internacional (programa SUPRE de l’OMS) i europeu (Pla d’acció europeu per a la salut mental) de prioritització de la salut mental, l’atenció a la depressió i al risc de suïcidi, considerat com un problema de salut pública. Dins les línies estratègiques del Pla de Salut 2011-15 es proposava com a objectiu la disminució de la mortalitat per suïcidi i el 2015 es va posar en marxa el CRS, precedit per unes experiències pilot a Sabadell i al districte de la Dreta de l’Eixample de Barcelona. Al Pla de Salut 2016-20 consta com a objectiu pel 2020 implantar el CRS en tot el territori i recorda que l’OMS prioritza el suïcidi com una de les principals causes de mortalitat evitable amb polítiques sanitàries.

El CRS proposa els següents objectius: disminuir la mortalitat per suïcidi, augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida i prevenir la repetició de temptatives suïcides. L’àmbit de la seva aplicació és el CatSalut, el Sistema Sanitari Integral d’utilització pública de Catalunya (SISCAT) i el Servei d’Emergències Mèdiques (SEM). El CatSalut disposa d’un registre sanitari dels casos i també existeix una Comissió de Seguiment i Avaluació de l’atenció i el registre del CRS.

Els instruments per valorar el risc alt de suïcidi són: el mòdul de suïcidi de l’escala Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) versió

5.0.0 validada en castellà (en la que una puntuació de 10 o més indicaria risc alt), l'avaluació psiquiàtrica, els factors de risc i els signes d'alarma, segons descriu el propi codi.

Figura 4. **Fases i procés assistencial del CRS**



Font: Generalitat de Catalunya. Implantació del Codi Risc Suïcida (CRS) a Catalunya. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://bit.ly/1iWMjO6>.

A la primera fase es fa la valoració inicial per part del servei de primer contacte amb la persona (sanitari, comunitat i/o forces de seguretat...) i, si es detecta una situació d'alt risc, cal activar un trasllat segur al servei d'urgències hospitalari de referència a través del 061 CatSalut Respon. Al servei d'urgències es procedirà a l'estabilització física del pacient, a fer una valoració psiquiàtrica per confirmar el nivell de risc alt (que serà el criteri per incloure el pacient al protocol CRS), es valorarà la indicació d'ingrés hospitalari i es farà una nova valoració de risc de suïcidi a l'alta d'urgències en cas de no precisar ingrés. Sempre s'informarà al pacient i a la família de l'activació del CRS (consentiment informat verbal). Des de l'Atenció Primària (AP), quan es detecta un cas d'alt risc de suïcidi

(segons l'escala MINI i la presència de plans suïcides) es pot optar com a primera opció per la interconsulta immediata amb el psiquiatre de referència, i si aquesta visita no fos possible, i segons criteri mèdic, cal posar-se en contacte telefònic amb el 061 CatSalut Respon per fer el trasllat a un centre hospitalari.

A la segona fase es fa un seguiment proactiu. Per un costat, contacte i visita post alta als centres de salut mental corresponents (CSM/CSMIJ) o hospital de dia (HD) abans de 10 dies en els adults i abans de les 72 hores en menors. Posteriorment, es contempla una trucada als 30 dies del 061 CatSalut Respon o dels equips multidisciplinaris de suport especialitzat (EMSE) per re-avaluar el risc i verificar la vinculació amb l'equip de salut mental. En aquesta visita post alta s'establirà un pla terapèutic.

La tercera fase és de seguiment preventiu longitudinal durant 12 mesos. A la instrucció de 10/2015 del CRS consta que seria òptim una bona coordinació entre els serveis de salut mental i AP ja que aquesta és la més propera i coneixedora de les necessitats dels pacients.

A dia d'avui no s'ha publicat cap avaluació de resultats finals del CRS. A la memòria del CatSalut 2015 es donen dades del ritme d'implantació territorial i de resultats de procés. Així, durant l'any 2015 es van atendre un total de 1815 temptatives de persones amb una mitjana d'edat de 41,8 anys i majoritàriament dones (64,8%). Altres dades que es faciliten són: el 66,3% de les persones han tingut una estada hospitalària d'entre 0 i 1 dies, el 83,6% de les altes han requerit un seguiment per part del centres de salut mental i en el 87,8% dels episodis CatSalut Respon ha fet seguiment telefònic als pacients en els següents 30 dies de l'alta<sup>26</sup>.

## CONSIDERACIONS SOBRE EL CODI RISC DE SUÏCIDI

# 5

Els plans i protocols actualment implantats, com el CRS, poden aportar millores en el procés d'atenció a les persones en risc de suïcidi, però al nostre parer són insuficients per a una estratègia global de prevenció. A més, contenen elements conceptuals que són discutibles i és per això que a continuació formulem un conjunt de consideracions per a la reflexió i el debat.

### **EL CONCEPTE DE "CODI"**

En un intent de reduir la variabilitat en la pràctica clínica s'elaboren i implanten protocols i guies en els diferents àmbits assistencials. Aquests haurien de ser entesos i utilitzats com a eines de suport a la decisió, no com a regles d'obligat compliment. Requereixen ser adaptats a cada professional, equip, pacient i comunitat<sup>27,28</sup>.

"Codi" és la paraula triada per al protocol d'atenció als pacients en els quals es detecta risc elevat de suïcidi en el moment de contactar amb el sistema sanitari. Llegir aquesta primera paraula, codi, pot predisposar-nos a una certa rigidesa, a una actuació generalitzada i immediata quan es detecta un risc major en el resultat del test de cribatge (puntuació igual o superior a 10 de l'escala MINI)<sup>29</sup>. Tal com hem comentat en apartats previs d'aquest document, no existeix una única causa de suïcidi, de manera que aquest abordatge pot portar a una atenció homogènia i uniforme, oblidant que les motivacions i els contextos són diversos, i per tant, les nostres actuacions també ho haurien de ser.

Un altre motiu de confusió és que en el nostre entorn s'usa la paraula «codi» per a identificar una situació d'alt risc vital i el corresponent protocol d'actuació, en patologies que poden ser ben delimitades clínicament i diagnosticades amb proves de laboratori o d'imatge, com el «Codi infart» o el «Codi ictus». En el cas del risc de suïcidi, la situació acostuma

a ser molt més complexa i més incerta, per la manca d'instruments de diagnòstic fiables i específics.

### **L'ÚS D'ESCALES PER A LA DETECCIÓ DEL RISC**

Per avaluar el risc de suïcidi el CRS proposa dos instruments: 1. L'ús de l'escala MINI i 2. La valoració dels factors de risc individuals, com el diagnòstic previ de trastorn mental, el consum o dependència de l'alcohol o altres drogues, l'absència de suport, els esdeveniments vitals estressants, etc. Segons una recent revisió de metanàlisis, els instruments de valoració del risc han demostrat un baix valor predictiu positiu. Quasi la meitat dels pacients morts per suïcidi tenien un baix risc i en canvi la majoria de persones etiquetades com d'alt risc no moriran per aquesta causa<sup>30</sup>.

En el CRS l'estratificació del risc genera la conducta assistencial que cal seguir, fet qüestionable si tenim en compte que els instruments que es fan servir per mesurar el risc no són bons predictors. Si bé en el CRS es parla també de la valoració clínica acurada davant d'una ideació o conducta suïcida, entenem que s'hauria de posar més èmfasi en la utilització d'eines de valoració de tipus qualitatiu, com la comunicació amb el pacient, la comprensió de la seva narrativa i l'enfocament a les seves necessitats. A la història clínica electrònica que s'utilitza actualment a Catalunya es disposa de l'escala MINI com a suport per a l'entrevista amb pacients amb ideació autolítica, el que pot induir a no incloure aquells aspectes que es formulen a través de la paraula, com són les experiències vitals, les vivències i els significats. Aquests elements estan estretament implicats en la ideació suïcida, i en la decisió de tirar endavant o no una acció autolítica.

### **L'ENFOCAMENT PREVENTIU DES DE LA PSICOPATOLOGIA**

La comprensió global del fenomen suïcida i les conclusions que podem treure de les dades epidemiològiques ens indiquen que la patologia mental no és l'únic factor de risc i que els condicionants socials representen un component no menyspreable de la causalitat. La construcció mental que es fa a nivell individual i social de les dificultats per tenir una vida digna i aspirar a un ple desenvolupament personal i familiar és un element clau en la consideració i la determinació de la mort voluntària com a camí de sortida del patiment.

El patiment humà no s'ajusta als models psicològics dominants a occident. La interpretació del patiment es relaciona amb una sèrie de sistemes formals o informals de pensament -teològic, econòmic, científic o psicològic- que li atorguen un significat lligat al seu temps. En les societats occidentals racionalistes ha proliferat la creença que en el futur el patiment es podrà evitar amb mitjans científics i tècnics. Els autors d'aquest document som reticents a acceptar aquest pensament i creiem que mentre hi hagi persones hi haurà patiment<sup>31</sup>. Des d'aquesta perspectiva, i des de la complexitat de l'existència i de les vivències, no totes les conductes que poden ser considerades com a "rars", "infreqüents" o "estranyes", han de ser fruit de la psicopatologia ni implicar la cascada d'intervenció que tindrà lloc després de l'etiqueta diagnòstica<sup>32</sup>.

En els programes dirigits a disminuir suïcidis predominen les intervencions mèdiques orientades a allò directe i concret, més concretament a allò biològic. Trobem a faltar propostes per a l'abordatge dels problemes que interpel·len a la societat i la fan emmalaltir amb l'increment de les desigualtats socioeconòmiques que s'allunyen de l'equitat i la justícia social. Es requereix una mirada alternativa a la individualitat dels protocols i dels codis i introduir una mirada global, de caràcter «civil»<sup>33</sup>. En el cas concret del CRS, es pot observar el predomini de l'orientació a la psicopatologia justificant-se així les intervencions des de salut mental o els centres d'atenció a drogodependències. En canvi, falta la connexió amb altres àmbits que vincularien amb altres tipus de causes, com l'àmbit del treball social o la xarxa comunitària.

## **EL DUBTÓS PAPER DELS PSICOFÀRMACS**

El Pla de Salut de Catalunya per a la prevenció del suïcidi fa èmfasi en el diagnòstic i el tractament de la depressió i estableix els fàrmacs antidepressius, en concret els inhibidors selectius de recaptació de serotonina (ISRS), com a primera línia de tractament en depressions moderades i greus, juntament amb intervencions psicològiques com la teràpia cognitivo-conductual<sup>34</sup>. L'efectivitat dels ISRS per al tractament de la depressió ha estat qüestionada quan han sortit a la llum anàlisis de les dades publicades i no publicades demostrant que hi ha una escassa diferència estadística entre els efectes dels antidepressius i els del placebo<sup>35</sup>.



No podem passar per alt el fet paradoxal, denunciat per Peter Gotszche<sup>36</sup>, que els psicofàrmacs constitueixen un desencadenant del suïcidi. Un dels efectes esperats dels fàrmacs antidepressius és el descens de la taxa de suïcidis, però aquest fet no ha estat demostrat. Ans al contrari, en les conclusions de diverses metanàlisis es refereixen quatre vegades més suïcidis en pacients tractats amb ISRS que en els que reben placebo. Aquest fet s'observa en totes les edats, però especialment en infants i joves<sup>37</sup>. Un fet semblant passa amb els intents de suïcidi: es produeixen el doble de casos en els pacients tractats amb ISRS que els que es tracten amb placebo<sup>38</sup>. El mateix autor assegura que part de les conductes violentes (incloses les auto-lesives) que presenten els pacients amb esquizofrènia serien fruit de l'acatàsia (agitació i dificultat de control) que produeixen els neuroleptics.

Cal tenir en compte que els únics fàrmacs que han demostrat certa efectivitat en la prevenció del suïcidi són la clozapina en pacients amb esquizofrènia<sup>39</sup> i el liti en pacients amb trastorn bipolar<sup>40</sup>.

## **LA INTERVENCIÓ DELS DIFERENTS SERVEIS**

Un tema recurrent a l'hora d'establir la intervenció dels diferents serveis de salut és la discussió sobre quin és el millor nivell assistencial i quin és el paper de cadascun en l'abordatge i tractament de cada patologia i situació.

El CRS estableix fer un seguiment post alta a les persones que han estat hospitalitzades per un intent autolític, i diu que s'ha de fer per part del servei ambulatori de salut mental i, de manera complementària, per part del O61 o l'EMSE allà on n'hi hagi. El seguiment del O61 o l'EMSE és de tipus telefònic als 30 dies de l'alta i té com a objectiu valorar l'estat de salut del pacient i confirmar que la persona ha rebut l'atenció dels serveis sanitaris implicats.

Es coneix que un 75% de les persones que se suïciden han contactat amb anterioritat amb l'AP i que en un 45% ho han fet durant el mes anterior al suïcidi. Amb els serveis de salut mental van contactar només un 30% de les persones que es van suïcidar i un 20% ho varen fer el mes anterior<sup>41</sup> a l'acte.

Segons la nostra experiència també després de l'alta hi ha un elevat contacte de la persona afectada o de la seva família amb els professionals de l'AP. Sembla, doncs, que aquests haurien de tenir un paper clau tant en la detecció del risc com en el seguiment dels intents. Els professionals de l'AP acostumen a tenir un coneixement ampli de la persona que atenen i del seu entorn familiar i social. També són els professionals en qui els pacients dipositen més confiança i estableixen un major vincle terapèutic.

Parlar de les ideacions suïcides o d'un intent fracassat, i a vegades repetit, no és fàcil. És una qüestió de l'esfera personal i íntima. Una trucada telefònica és freda, no es coneix ni es veu la cara de qui està a l'altre costat del telèfon, és difícil parlar de la vida i de la mort amb una persona desconeguda. El seguiment post alta pel O61 és una transposició de les funcions dels serveis socials i sanitaris primaris i un trencament de la longitudinalitat de l'atenció. Calen serveis d'AP ben desenvolupats, amb professionals ben formats, per assumir aquesta tasca i una bona capacitat de coordinació amb els serveis de salut mental.

### **S'OBLIDEN LES CAUSES DE LES CAUSES**

En apartats anteriors s'ha comentat la complexitat i diversitat de les causes del suïcidi. Alguns, efectivament, són fruit de la depressió o d'altres trastorns, però una part són desencadenats per les condicions de vida i la falta d'expectatives de futur. Les dades epidemiològiques relacionen clarament el seu augment amb episodis de crisis socials i polítiques d'austeritat.

Encara que l'acte suïcida es produeixi en un moment de desesperança i de greu afectació de l'estat d'ànim, això no equival a un estat patològic de depressió. Ni el CRS ni els programes de prevenció del suïcidi no contempen accions des de l'àmbit polític, social, econòmic o comunitari que evitin arribar a situacions de desesperació. Una vegada més es sanitaritzen les problemàtiques socials i es dona el missatge que les causes es troben en l'esfera de la patologia i que l'abordatge es basa en actuacions professionals i farmacològiques, alienes a les dinàmiques socials. No volem menysprear aquest tipus d'intervencions possiblement útils per a persones que presenten realment una patologia mental, però sí que volem cridar l'atenció que aquest abordatge és reduccionista per

a les moltes persones víctimes de la recessió econòmica i les polítiques d'austeritat, així com per aquelles greument afectades per condicionants socials adversos.

En la mesura que s'obvien els determinants socials i polítics de les conductes suïcides, es posen en marxa plans de prevenció probablement poc efectius i es distorsiona l'enfocament de l'abordatge del fenomen. D'aquesta manera es posa l'accent en els factors psicopatològics individuals i s'invisibilitzen els factors socials. Aquest fet té conseqüències en la comprensió i l'atenció que faran els serveis assistencials, que se centraran en allò individual per sobre d'allò col·lectiu.

## EVIDÈNCIES EN ELS PROGRAMES DE PREVENCIÓ DEL SUICIDI

# 6

Abans d'aprofundir en l'anàlisi de l'evidència dels programes de prevenció de suïcidi, cal ressaltar una qüestió que es planteja a la literatura, i és que per realitzar un pla preventiu s'ha d'establir, en primer lloc, el perfil de la personalitat suïcida a través del recurs de l'estadística. Sobre aquesta qüestió Ubieto<sup>42</sup> diu que es produiria d'aquesta manera la definició d'un nou perfil de persona anomenada "suïcida", a partir de la qual els professionals siguem capaços de detectar el "suïcida sospitós". Aquest plantejament comportaria simplificar la valoració de les situacions i les actuacions preventives, perquè, com hem vist anteriorment, no existeix un únic perfil "suïcida" ja que les motivacions i els contextos són molt diversos.

En aquest document hem decidit revisar l'evidència disponible d'estudis amb dues característiques: la participació de l'AP i l'enfocament comunitari en la prevenció del suïcidi, i no hem inclòs estudis d'intervenció des dels dispositius assistencials de salut mental.

El 2014 l'OMS va publicar un document titulat: "Prevención del suicidio, un imperativo global"<sup>43</sup> en el qual declara el suïcidi com un problema de salut pública i fixa els criteris bàsics de les estratègies preventives. El missatge central del document és que els suïcidis es poden prevenir, però això requereix accions com restringir l'accés als mitjans de suïcidi, reduir l'ús excessiu de l'alcohol, recollir i arxivar dades de bona qualitat sobre intents de suïcidi i suïcidi consumat, proporcionar formació per a sanitaris i no sanitaris, millorar la qualitat dels serveis de salut mental i promoure la informació responsable sobre el suïcidi als mitjans de comunicació. Així, doncs, estableix que la prevenció ha de ser una prioritat multisectorial que inclogui no només el sector de la salut sinó també els de l'educació, l'ocupació, el benestar social, la justícia, els mitjans de comunicació, i altres.

## **SISTEMA SANITARI I PREVENCIÓ DEL SUÏCIDI: ROL DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA**

Les evidències recollides indiquen que la reducció global assumida per les intervencions realitzades en l'àmbit sanitari en general pot resultar modesta (entorn al 4% en una revisió d'assaigs clínics)<sup>44</sup>.

Analitzant casos individuals de suïcidi i les dades dels estudis basats en la població, existeix evidència que, per exemple, l'ingrés hospitalari involuntari de pacients amb risc de suïcidi manifest, salva vides<sup>45</sup>. Tot i així, aquest fet no respon a la pregunta de com, quan o si s'hauria d'utilitzar aquesta mesura per prevenir suïcidis. L'ingrés a l'hospital té implicacions ètiques que caldria tenir en compte en les decisions clíniques, polítiques i legals sobre el seu paper en les estratègies per a la prevenció del suïcidi. L'ingrés hospitalari de persones en risc de suïcidi no va ser plantejada ni discutida en l'informe de l'OMS<sup>46</sup>.

En una revisió sistemàtica d'estudis publicats entre el 1966 i el juny del 2005, inclosos aquells que havien avaluat intervencions preventives en els diferents àmbits (educació i presa de consciència pel públic general i per diferents professionals; eines de cribratge per a individus d'alt risc; tractament de trastorns mentals; restricció d'accés a mitjans letals; i mitjans responsables d'informar del suïcidi), es va concloure que entre les mesures per prevenir el suïcidi, la formació dels metges de família en estratègies de detecció i tractament de la depressió i la restricció d'accés a mitjans letals<sup>47</sup> van ser les més efectives.

Dels resultats d'altres estudis cal destacar:

- Que el 45% de les persones que se suïciden s'havien visitat amb el seu metge de família en el mes anterior (vers el 20% que ho van fer amb els serveis de salut mental)<sup>48</sup>.
- L'evidència existent sobre l'efectivitat de la formació dels metges d'AP en el reconeixement i tractament dels trastorns depressius i de la ideació i conducta suïcides<sup>49</sup>.
- Entre les mesures més efectives destaquen els programes d'intervenció en població gran amb depressió. En un assaig clínic en què el grup d'intervenció es va realitzar seguint les guies de pràctica clínica (incloent

tractament amb ISRS) i suport psicològic personalitzat amb diferents professionals (de psicologia, infermeria, medicina i treball social), tenint en compte el risc individualitzat, les taxes d'ideació suïcida van disminuir més ràpidament en els pacients d'intervenció en comparació amb els pacients d'atenció habitual i les diferències van aconseguir el seu punt màxim als 8 mesos<sup>50</sup>.

## **SERVEIS SOCIALS I PREVENCIÓ DEL SUÏCIDI:**

### **ROL DE LA COMUNITAT**

Pel que fa a les intervencions comunitàries per prevenir el suïcidi, l'evidència no és conclouent i en general els resultats són també modestos. En aquests sentit se sap que:

- Hi ha evidències de l'efectivitat de restringir l'accés a mitjans letals. Per exemple, instal·lant tanques de seguretat a llocs en els quals es pot saltar<sup>51,52,53</sup>.
- Partint de la importància dels indicadors socials, s'han desenvolupat diferents estratègies preventives d'abast poblacional, tot i que les evidències dels impactes assolits resulten encara modestes.
- En aquest sentit es pot mencionar una iniciativa anomenada National Youth Suicide Prevention Strategy desenvolupada a Nova Zelanda en què es va intentar una estratègia de prevenció del suïcidi des de l'àmbit de la comunitat<sup>54</sup>. Es tractava d'incidir amb missatges dirigits als joves per evitar conductes de risc com el consum d'alcohol i altres substàncies, potenciant els aspectes positius d'aquesta etapa de la vida.
- La bona acollida d'aquesta iniciativa va portar al Govern de Nova Zelanda a continuar l'estratègia de prevenció del suïcidi apostant de manera decidida per incorporar un programa de prevenció del suïcidi d'àmplia extensió al territori i a diferents grups poblacionals, especialment adreçat al col·lectiu d'adolescents de comunitats més vulnerables<sup>55</sup>.

Estan clares les dificultats per implementar plans de prevenció efectius i les limitacions dels plans portats a terme des dels serveis sanitaris, per això caldria continuar investigant sobre intervencions dirigides a la comunitat i als grups amb major vulnerabilitat social.

# APUNTS PER A UN ABORDATGE SANITARI I SOCIAL DE LA PREVENCIÓ DEL SUÏCIDI

# 7

Si considerem que el suïcidi és un fenomen complex que transcendeix l'àmbit sanitari, la seva prevenció s'ha de plantejar dins i fora del sistema sanitari. La intervenció assistencial té sens dubte un paper, però limitat, sobretot per abordar el patiment mental de les persones greument afectades per condicionants socials adversos.

A continuació apuntem algunes intervencions per a l'abordatge integral de la prevenció del suïcidi relacionat amb causes socials dins i fora del sistema assistencial.

## **LES NARRATIVES**

El sistema neoliberal ha desenvolupat una societat altament competitiva, amb grans desigualtats, generadora d'expectatives que no es poden assolir i que poden conduir a la frustració. Aquesta mateixa societat traspasa als individus les causes dels fracassos i de les insatisfaccions socials i això pot provocar sentiments de culpa i patiment mental<sup>42</sup>. El relat que es fa entorn de l'afectació social i econòmica condiona les respostes davant les dificultats i la determinació de la mort voluntària com a camí de sortida del patiment. Una política de prevenció del suïcidi hauria d'incloure narratives individuals i col·lectives que contemplin les causes econòmiques, la responsabilitat política, els models de convivència, les experiències i els relats individuals.

## **LA SOCIETAT DE CURES**

El suïcidi, com a fenomen social més que sanitari, interpel·la el model de societat com a generador de malestar. L'estat del benestar, desenvolupat a partir de la segona meitat del segle passat, s'ha basat en polítiques redistributives i de suport als sectors de població més pobres i s'ha fonamentat en els valors de l'individualisme, el consum i la competitivitat. Les actuals tendències de reduir l'estat del benestar deixen desprotegits encara més sectors de po-

blació. En aquest context, des d'algunes perspectives el concepte d'estat del benestar hauria de donar pas al concepte de societat de cures; una societat que posi en el centre de la seva dinàmica i de les seves polítiques la custòdia de la vida i la cura de les persones, famílies, comunitats i entorns. Una societat que faciliti la participació dels individus, que sigui inclusiva, no exclusiva, i que desenvolupi la creativitat personal i comunitària<sup>56</sup>.

Les xarxes de suport naturals tenen un paper protector de la salut mental en la mesura que contraresten la solitud i l'aïllament i poden operar com a estructures solidàries d'ajuda material i també emocional. Els grups comunitaris, religiosos i d'acció social com la Plataforma d'Afectats per la Hipoteca (PAH) han sigut de gran ajuda davant l'amenaça de la pèrdua de l'habitatge i també per a la recuperació de la dignitat perduda i per desmobilitzar sentiments d'auto-culpabilització.

## **LA PREVENCIÓ PRIMÀRIA**

Una orientació integral per a la prevenció del suïcidi hauria d'incloure mesures de prevenció primària com ara polítiques socials actives de millora dels condicionants socials (educació, condicions laborals, habitatge i ingressos econòmics). Disposem d'informació de com les polítiques redistributives i de protecció social tenen impacte en la reducció de la incidència de suïcidis, com en els casos de Suècia i Finlàndia<sup>20</sup>.

La ideació suïcida relacionada amb la privació econòmica està vinculada amb sentiments de desesperança, injustícia, pèrdua de dignitat personal i d'inutilitat per resoldre les pèrdues i la pobresa. La societat hauria de trobar la manera d'assegurar els mitjans de vida a tots els seus membres, independentment de les opcions que ofereixen les economies privades. Més enllà de les mesures d'ajuda a les persones i grups més necessitats, l'aplicació de polítiques pre-distributives com la renda bàsica universal s'està plantejant per alguns autors com una garantia per disminuir la pobresa, la inseguretat, les desigualtats i els suïcidis ocasionats per la recessió econòmica<sup>57,58</sup>.

## **EL CONCEPTE DE RISC**

Les escales individuals d'estratificació del risc de suïcidi són insuficients i, com hem vist, poc predictives. Expressen el concepte de risc dominant en les societats occidentals, que és individualitzat més que socialitzat.



Estem exposats a un conjunt de riscos que no hem triat i per als quals no s'han construït xarxes de seguretat per rescatar els perdedors del «joc», les regles del qual marquen uns poders incontrolables. Els efectes són més dramàtics en les societats més desiguals i amb dèbils sistemes de protecció davant la manca d'ocupació, la pèrdua de l'habitatge i la pobresa. Al risc social li correspon una gestió social, no individual, en el marc de les relacions col·lectives que és en el que patim i emmalaltim<sup>59</sup>.

Necessitem ampliar el concepte de risc i incorporar indicadors socials i econòmics en les valoracions individuals de risc de suïcidi. Poden ser útils sistemes d'observació de la vulnerabilitat ja existents, com l'Observatori de la vulnerabilitat de l'Ajuntament de Barcelona<sup>60</sup>. La valoració del risc social ha de servir per orientar actuacions aplicant mesures efectives de reducció definides individualment i amb la participació dels recursos comunitaris disponibles.

## **EL PAPER DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT**

Els serveis d'AP són els més propers a les persones i comunitats, són els que millor coneixen les condicions de vida i l'entorn de les persones que atenen i els que millor poden copsar les necessitats dels pacients i establir plans terapèutics efectius per a tot tipus de problemes de salut. També són els serveis que més consulten les persones amb ideacions suïcides, per sobre dels serveis especialitzats de salut mental.

El paper dels metges i metgesses de família en la prevenció del suïcidi de causes socials pot ser més rellevant del que han tingut fins ara si es porten a terme plans de formació per a la detecció del risc i per a la intervenció. Aquest paper s'hauria d'enfocar a la detecció de les persones en risc social i en l'establiment de plans d'intervenció en estreta col·laboració amb els serveis socials. El pla d'actuació ha de contemplar la vinculació amb l'entorn i les xarxes de suport, el treball familiar i la consulta amb serveis especialitzats quan es consideri convenient. En l'atenció posterior a l'intent, l'AP sanitària i la social també han de tenir un paper rellevant.

El vincle relacional existent entre professional i pacient és un facilitador del seguiment i tractament. El pacient pot veure més propera i accepta-

ble la intervenció dels professionals de capçalera que no dels serveis especialitzats. Quan no hi ha una patologia mental definida es pot produir un rebuig de l'atenció psiquiàtrica, que el pacient pot percebre no adient per a la seva problemàtica. La resistència a l'atenció especialitzada també es pot donar en persones amb malaltia mental i en aquests casos el vincle amb l'AP acostuma a ser el recurs assistencial de continuïtat.

### **L'ENFOCAMENT A LES PERSONES I A LES NECESSITATS**

L'enfocament a la patologia i al tractament farmacològic han donat pocs fruits en el camp de la prevenció. Ens movem en un terreny d'elevada incertesa. Els autors que han demostrat la ineficàcia de l'estratificació del risc recomanen un enfocament basat en les necessitats dels pacients i no en les percepcions clíniques dels professionals, donant molta importància a la comunicació entre metge i pacient. La resolució de necessitats bàsiques no cobertes com poden ser els ingressos econòmics o l'habitatge és un primer pas en la reducció del risc, probablement més decisiu que la instauració d'un tractament farmacològic. La valoració individualitzada i acurada de les necessitats tant materials com psicològiques i l'establiment del pla d'actuació acordat amb el pacient ha de centrar l'interès dels professionals (taula 1).

**Taula 1. Com abordar un pacient que penses que es pot suïcidar?**

Procura una valoració respectuosa, global i comprensiva usant l'escolta activa.
Centra't en el contingut i la naturalesa de la interacció metge-pacient
Intenta comprendre i abordar les circumstàncies individuals que estan preocupant al pacient
Identifica les necessitats actuals de tractament del pacient, incloent els factors modificables comuns de suïcidi, tant els socials com els clínics
No intentis estratificar els pacients dins de categories d'alt o baix risc
No et basis només en les expressions o no expressions del pacient sobre idees i plans de suïcidi
No deixis mai sense control a un pacient que et preocupi per risc de suïcidi, encara que el risc sigui baix

Parla amb la família o amics del pacient
Pregunta sobre armes de foc o altres mètodes letals de suïcidi
La hospitalització involuntària hauria de fer-se amb moderació i amb una gran cura
Negocia un pla d'actuació amb cada pacient
Documenta la teva valoració, raonament i pla de tractament

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

El suïcidi de causa social expressa una denúncia del fracàs de la societat per garantir unes condicions de vida dignes per a tothom, i expressa també un trencament de la persona amb la societat que l'ha maltractat. A part de les necessitats materials i psicològiques caldrà tenir en consideració les necessitats d'inclusió social de la persona amb ideacions o conductes suïcides. Dins de la inclusió social s'ha de contemplar l'establiment de vincles personals i de marcs discursius que puguin reconèixer i acollir el patiment i construir un relat col·lectiu per a la supervivència en millors condicions socials.

Les conductes autolítiques son l'iceberg d'un patiment personal i social de grans dimensions, que afecta amplis sectors de població. A més, cada suïcidi consumat deixa una estela d'unes sis persones supervivents que patiran conseqüències psicològiques greus, algunes d'elles per a tota la vida.

La prevenció del suïcidi no és una tasca fàcil degut a les múltiples connotacions que conté de tipus filosòfic, cultural, social, psicològic i mèdic. La mort voluntària ha estat present en tots els temps i societats com una conducta lligada a la condició humana, per això és coherent pensar que continuarà essent així en el futur. Tot i així, el suïcidi i el seu abordatge interpel·len tota la societat: els models de vida i de relació així com el sistema de valors. La proporció de suïcidis evitable a través d'accions preventives és petita, però és un deure social i sanitari portar a terme accions per assolir els objectius de prevenció possibles.

## BIBLIOGRAFIA

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. [Consultat 17/1/18]. Disponible a: [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](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. Acanalado, 2015.
3. Durkheim E. En Wikipedia. [Consultat 17/1/18]. Disponible a: [https://ca.wikipedia.org/wiki/Émile\\_Durkheim](https://ca.wikipedia.org/wiki/Émile_Durkheim).
4. OMS. Informe de la salut en el mundo 2012. [Consultat 17/1/18]. Disponible a: [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf?ua=1](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. [Consultat 15/02/2018]. Disponible a: <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. [Consultat 20/09/2017]. Disponible a: <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 po-

blació 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. [Consultat 20/10/2017]. Disponible a: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc\\_crisi\\_salut/Fitxers\\_crisi/Salut\\_crisi\\_informe\\_2016.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/osscc_crisi_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. [Consultat 18/01/18]. En Wikipedia: [https://15mpedia.org/wiki/Lista\\_de\\_suicidios\\_relacionados\\_con\\_desahucios#2016](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. [Consultat 18/01/18]. Disponible a: <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 Grifols 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 Sa-

- nitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2014. [Consultat 18/01/18]. Disponible a: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori\\_efectes\\_crisi\\_salut\\_document.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/contingutsadministratius/observatori_efectes_crisi_salut_document.pdf).
25. Economu M, Madianos M, Peppou LE, et al. Suicidal ideation and 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. [Consultat 18/03/18]. Disponible a: [http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix\\_catsalut/memories\\_activitat/memories\\_catsalut/2015/memoria\\_catsalut\\_2015\\_integra.pdf](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. [Consultat 18/01/18]. Disponible a: <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. [Consultat 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). [Consultat 18/01/18]. Disponible a: [http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/03/consideracions\\_codi\\_risc\\_suicidi.pdf](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. [Consultat 18/01/18]. Disponible a: <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]. [Consultat 18/01/18]. Disponible a: <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. [Consultat el 20/02/2018]. Disponible a: [http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2010/pdf/adaptacio\\_gpc\\_depressio\\_aiaqs\\_2010ca.pdf](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 linco, 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. [Consultat 20/10/2017]. Disponible a <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. [Consultat 20/10/2017]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC549110/>.
39. Martínez-Aguayo JC, Silva H, Arancibia M, Angulo C, Madrid E.. Antipsicóticos 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: Estabilizadores 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 suïcidi. 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. [Consultat 20/02/2018]. Disponible a: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/es/](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. [Consultat 2/10/2017]. Disponible a: <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. [Consultat 2/10/2017]. Disponible a: <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. Reduc-ing 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. [Con-sultat 28/02/2018]. Disponible a: [https://www.dcy.gov.ie/documents/cypp\\_framework/BetterOutcomesBetterFutureReport.pdf](https://www.dcy.gov.ie/documents/cypp_framework/BetterOutcomesBetterFutureReport.pdf).
55. Associate Minister of Health. (2006). The New Zealand Suicide Pre-vention Strategy 2006-2016. Wellington: Ministry of Health. [Con-sultat 28/02/2018]. Disponible a: <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]. [Consultat 15/2/2018]. Disponible a: <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]. [Consultat 21/02/2018]. Disponible a: <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 a: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/01.pdf>. [Consultat 18/01/18].
60. Observatori social Barcelona. Ajuntament de Barcelona. Disponible a: <http://w110.bcn.cat/portal/site/ObservatoriSocialBarcelona/>. [Consultat 15/02/2018].





