



## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

Grado en Periodismo – Facultad de Comunicación

# **El suicidio, la deliberación de la muerte frente a la vida**

**AUTOR:** AGUSTÍN LÓPEZ VIVAS

**DIRECCIÓN:** DRA. MARÍA INÉS MÉNDEZ MAJUELOS

**CURSO** 2020-2021

# MEMORIA DEL REPORTAJE

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DEL TRABAJO</b>	<b>5</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>7</b>
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>8</b>
<b>4.1. REVISIÓN DOCUMENTAL</b>	<b>8</b>
<b>4.2. REVISIÓN ARCHIVO AUDIO Y AUDIOVISUAL</b>	<b>8</b>
<b>4.3. ENTREVISTA A LAS FUENTES</b>	<b>9</b>
<b>4.4. CONFECCIÓN DEL REPORTAJE</b>	<b>9</b>
<b>4.5. TRASCIPCIÓN Y CONFECCIÓN DEL REPORTAJE</b>	<b>12</b>
<b>5. ESTRUCTURA DEL REPORTAJE</b>	<b>13</b>
<b>5.1 INTRODUCCIÓN AL REPORTAJE PERIODÍSTICO</b>	<b>13</b>
<b>5.2 ESTRUCTURA</b>	<b>14</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>17</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>19</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>24</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde el pasado 2008 el suicidio pasó a convertirse en la primera causa externa de muerte en nuestro país, superando así a los accidentes de tráfico. Según el ‘Observatorio del Suicidio’<sup>1</sup>, perteneciente a la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, en 2019 se registraron 3.671 víctimas mortales, de las que 2.771 fueron hombres y 900 mujeres. Un promedio de 10 personas cada día. En el otro reverso de esta realidad, se encuentran las que lo intentan, pero no llegan a consumarlo. Las cifras aquí se cuentan en cientos de casos.

Además de las víctimas mortales o los heridos que deja la conducta suicida, la otra parte de esto es la de los “supervivientes”. Es decir, aquellas personas que han sufrido la pérdida de un ser querido, los cuales decidieron poner punto y final a sus vidas. Estos afectados, de la misma manera pasan a formar parte de ese grupo de riesgo. Toda la incertidumbre generada, así como la falta de respuesta entre tantas cuestiones que se hacen, crea un clima de completa inseguridad y de extrema tristeza.

Las labores de prevención son fundamentales, ya que, si llegan al mayor número de personas, se puede reducir el número de casos mortales, puesto que el suicidio se puede evitar en la mayoría de los casos. Los profesionales de salud mental pasan a ser una piedra angular en todo este asunto, al igual que lo son las asociaciones, así como el círculo cercano de las víctimas o los propios medios de comunicación, que, a través de la difusión que pueden hacer, se lograría sensibilizar a una buena parte de la población.

---

- <sup>1</sup> Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2021) *Observatorio del Suicidio en España*. [Observatorio del Suicidio en España - Prevención del suicidio.](https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-en-espana-prevencion-del-suicidio) ([fsme.es](https://www.fsme.es))

## 2. JUSTIFICACIÓN E INTERÉS DEL REPORTAJE

Este trabajo es un reportaje y nace con el propósito de informar acerca de una realidad que se encuentra a espaldas de la sociedad. En este caso, se refiere al suicidio. Y por ello, se pensó que este asunto podría ser de gran interés para el Trabajo Final de Grado. Siempre se ha dicho que, “todo aquello de lo que no se habla, parece que no existe”. Y esto es lo que ocurre con el suicidio. No se informa de él y parece que no existe, pero la realidad es que está ahí. Silenciado y sumando más y más víctimas mortales. Por ello, esta ha sido una oportunidad para escribir sobre él sin tapujos y bajo la contrastación de fuentes oficiales, tanto documentales como orales.

La justificación por la que se ha elegido hacer un reportaje de este calibre es por la escasa cobertura que se hay de este contenido desde los medios de comunicación. La idea del suicidio no debería ser un solo asunto de salud pública, sino que tendría que estar más involucrado en otras instituciones. Desde lo político hasta los medios comunicación, y pasando por la esfera pública. Pero nos quedamos en el ámbito periodístico, donde el autor guarda un estrecho vínculo, ya que ha estudiado Periodismo. Y es aquí donde aparece la siguiente pregunta:

*¿Por qué a día de hoy se continúa mirando hacia otro lado y sin hacer una cobertura rigurosa y profesional acerca del suicidio?*

En los cuatro años que tiene de duración el grado, este tema no se ha abordado en ninguna de las asignaturas, ni tampoco se ha ofrecido talleres, ni conferencias al respecto en la facultad. Esto demuestra que se continúa desatendiendo a un hecho como este, pese a estar unido a la actualidad, ya que no hay día en el que una persona se quite la vida en España. Esto fue también lo que motivó a confeccionar este reportaje, a demostrar que se puede informar con el propósito de la prevención, también conocido como “efecto Papágeno” y así llevar adelante un periodismo de calidad, contando con los datos que ofrecen las instituciones, dando voz a los supervivientes y a los afectados que han perdido a un ser querido, así como a los profesionales de la salud mental.

Por lo que respecta a lo personal, este tema no guarda relación con el autor, ni dentro de su vínculo familiar, ni tampoco amistoso. Pero no queda exento de que se haya hablado de él en algún momento, ya sea porque se ha escuchado de un determinado caso o visto o leído en algún sitio. Así que, valiéndose de las herramientas periodísticas más oportunas, se ha querido hacer este reportaje.

Pese a que el suicidio no ha sido tema de estudio a lo largo de la carrera, sí que se puede rescatar una serie de asignaturas que están presentes en la elaboración de esta memoria. En este caso, cabe resaltar tanto ‘Género y Estilos Periodísticos’ como ‘Redacción en Prensa’. Dos materias que ofrecen tanto la parte teórica como práctica de los distintos formatos que hay a la hora de elaborar una pieza periodística. Aprender a diferenciar entre un reportaje y una noticia, entre una entrevista de perfil u otra de preguntas y respuestas, así como los distintos géneros de opinión. Por otro, también se destaca ‘Técnicas de Investigación en el Periodismo’ por su teoría fundamentada en desarrollar una mente observadora y crítica que otorgue el ver más allá de lo simple. Gracias a esto, se puede hacer un trabajo de mayor envergadura y de profundidad.

Por ello, la justificación más precisa que lleva al autor a preparar este reportaje es que el suicidio es una realidad silenciada y aún sumergida en el espectro del tabú. Es por esto que necesita conocerse para ofrecer ayuda a los que más lo necesitan y estén atravesando por ese delicado momento. Incluso, así se deja entrever la importancia que tiene la salud mental, además de los profesionales que están al frente, los cuales han sido puestos en consideración en los últimos tiempos de pandemia, aunque siempre hayan estado ahí.

### **3. OBJETIVOS**

A continuación, se desarrolla los varios objetivos que se pretenden alcanzar con la elaboración de este Trabajo Final de Grado:

- Ofrecer los últimos datos de suicidio en España y recoger las declaraciones que los psicólogos y psiquiatras dan con respecto a estos números.
- Explicar como la pandemia de la COVID-19 ha afectado a la salud mental de las personas y demostrar, a través de los profesionales, que esta puede conllevar a un crecimiento de las tentativas suicidas y consumaciones.
- Conocer qué proyectos se está llevando a cabo desde los servicios sanitarios y cómo trabajan las asociaciones para fomentar la prevención del suicidio.
- Argumentar que los medios de comunicación continúan por no hacer una cobertura amplia sobre el suicidio, cuando la realidad demuestra que pueden llegar a ser claves a la hora de la prevención. Incluso, parte de esa labor informativa, pasa por ofrecer ese lado más personal, el de las víctimas. Tanto aquellas que en algún momento intentaron quitarse la vida, como los que han sufrido de cerca la muerte de un familiar o allegado.

Toda esta suma de información, entre datos aportados por documentos oficiales, al igual que los testimonios de dos personas que han sufrido de una manera u otra el suicidio o las voces de profesionales, persigue un objetivo común. El de dar voz a esta realidad, la cual aún sigue considerándose como un tabú en la actualidad.

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 REVISIÓN HEMEROGRÁFICA**

Para la elaboración de este Trabajo Final de Grado se ha necesitado algo más de dos meses. Un tema como el suicidio se debe abordar con la mayor delicadeza posible y rigurosidad pertinente. No obstante, se intenta mantener todo el respeto posible hacia las víctimas, tanto directas como indirectas, al igual que a los profesionales de la salud mental.

En primer lugar, se ha hecho un previo estudio de campo para así no pecar de ignorancia sobre del suicidio. Toda esto a base de una investigación fundamentada en la cantidad de noticias y artículos publicados en revistas, así como otros trabajos de investigación, ha servido para extraer datos y confirmar así la viabilidad de este reportaje. Esta exploración de las distintas fuentes documentales se ha hecho a partir de distintos motores de búsquedas, proporcionados a lo largo de la formación universitaria. Estos son Google Académico, My News y Fama.

Gracias a lo anterior se ha conocido lo escrito acerca de este tema en periódicos como ‘El Mundo’, ‘Diario de Sevilla’ o ‘El Confidencial’. Además, la aportación que han aportado algunos allegados al autor, todos ellos estudiantes y otros titulados en el grado en Psicología por la Universidad de Sevilla ha permitido saber de artículos publicados en revistas de divulgación científica.

Por otro lado, el autor se ha hecho de una de las encuestas producida por el CIS, “Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la Covid-19”, y de un documento de la OMS, recogido bajo el nombre de ‘Prevención del Suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación’.

### **4.2 REVISIÓN DOCUMENTAL**

La Investigación Cuantitativa, aplicada de manera frecuente en las Ciencias Sociales, ha servido para recabar más información. Por ello, la búsqueda de páginas web oficiales, como la de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, la Confederación Salud Mental España o Encuentros Nacionales en Psiquiatría Online han resultado ser de gran interés para este Trabajo Final de Grado.

### **4.3 REVISIÓN ARCHIVO AUDIO**

Esta investigación ha llegado hasta el análisis de varios contenidos radiofónicos. Por ejemplo, en la web de Radio y Televisión de Andalucía, se pudo encontrar un reportaje radiofónico hecho por la periodista Aurora Gilabert, ‘Los años perdidos de vida’. O también, a través de la plataforma digital Spotify, el podcast ‘Psicoflix’.

### **4.4 ENTREVISTA A LAS FUENTES**

Tras el proceso de revisión documental y de archivo de audio y audiovisual, se procede a la indagación de las posibles fuentes que pudieran ser interesantes para este trabajo. Gracias a toda la documentación previa se pudo sacar una serie de nombres con los que poder hablar y así realizarles una entrevista. Esto tiene lugar durante la primera quincena de mayo.

Alfredo Torre entiende que “muchas veces los periodistas viven pisando el terreno de otras disciplinas en un intento de explicar determinados fenómenos. Así, con alguna frecuencia nos encontramos con seudopsicólogos, seudosociólogos o seudos de cualquier otra profesión. Para salvar este error, se deberá consultar a una fuente profesional calificada. Esto es, no basará con que tenga un título habilitante o hable como funcionario de un colegio profesional. Se trata de personas que han investigado, analizado, reflexionado sobre determinadas cuestiones y por esta razón están autorizadas para hablar y ser consultadas. Estas fuentes técnicas ayudan a los periodistas a confirmar (o no) si su mirada sobre un asunto es correcta” (Gustavo Martínez Pandiani 2004: 54).

Para este reportaje, entonces, se contactó con profesionales de la salud mental que tienen conocimiento de causa sobre el suicidio, ya que están especializados en dicha materia. Además, también se cuenta con la voz de dos personas que sufrieron de cerca, aunque de distinta manera, el fenómeno suicida. Y, por otra parte, estas mismas personas sirven para el apartado más enfocado al periodístico, además de quien es el presidente del Consejo Profesional de la RTVA, Pedro Lázaro Gómara.

Ángel José Olaz Capitán en su libro ‘La entrevista de Investigación’ explica que “el proceso de construcción de las preguntas en una entrevista es una de las partes más sensibles y vulnerables en el desarrollo de la investigación. La formulación de preguntas

busca una cuádruple finalidad: a) generar una corriente empática, que permita la proactividad, a través de la cual se garantice cierto grado de sensibilidad y compromiso hacia el tema tratado; b) establecer un proceso comunicacional entre entrevistador y entrevistado, favoreciendo un clima de interactividad que enriquezca el desarrollo de la entrevista; c) convertirse en test de la idoneidad de las cuestiones planteadas en el proceso de investigación; y d) conocer la opinión contrastada del entrevistado en cuanto al estudio que se está realizando, como punto de arranque en la formulación, contrastación y verificación de las hipótesis de trabajo” (Ángel José Olaz Capitán 2016: 68).

Por ello, el cuestionario ha sido personal para cada uno de los entrevistados. Aunque sí es cierto que hay preguntas que son comunes en todas las conversaciones. Por ejemplo, “¿El suicidio se sigue considerando un tabú en la sociedad?” o “¿El suicidio se puede prevenir?”.

A continuación, se ofrece un cronograma donde aparece la fecha en la que tiene lugar la conversación junto al medio por el que se mantiene la charla.

Entrevistado <sup>2</sup>	Fecha	Medio
Lucas Giner	13 de mayo de 2021	Skype
Daniel López	14 de mayo de 2021	Teléfono
María de Quesada	14 de mayo de 2021	Teléfono
Luís Fernando López	17 de mayo de 2021	Teléfono
Pedro Lázaro Gómara	24 de mayo de 2021	Teléfono
Juan Carlos Pérez Jiménez	26 de mayo de 2021	Skype
Beatriz Torres Pardo	26 de mayo de 2021	Teléfono
Miguel Guerrero Díaz	31 de mayo de 2021	Teléfono
Esther González Jiménez	31 de mayo de 2021	Teléfono

---

<sup>2</sup> Gráfico de elaboración propia

En total son 9 fuentes orales con las que se contaron para este reportaje. En las siguientes líneas aparece una breve descripción de cada uno de ellos:

- Lucas Giner, psiquiatra y profesor titular desde el Departamento de psiquiatría por la Universidad de Sevilla.
- Daniel J. López Vega, psicólogo (habilitación sanitaria). Máster en Intervención Psicológica en Contextos de Riesgo. Responsable del Grupo de Conducta Suicida del Colegio de Psicología de Andalucía Occidental (Cádiz). Facilitador de grupos de ayuda mutua de duelo por suicidio. Además, autor de “¿Todo por la patria?”.
- María de Quesada, periodista, profesora de yoga, presidenta y fundadora de la Asociación ‘La Niña Amarilla’, además de ser autora del libro que lleva el mismo nombre.
- Luís Fernando López Martínez, psicólogo general sanitario, psicoterapeuta y experto en prevención de conductas suicidas. También colabora y es divulgador científico en medios de comunicación y prensa.
- Pedro Lázaro Gómara, redactor de Canal Sur con 32 años de experiencia y actualmente es presidente del Consejo Profesional de Canal Sur Radio y Televisión,
- Juan Carlos Pérez Jiménez, actualmente es profesor en la Universidad Europea de Madrid. Antes, fue director de imagen y trabajó para Televisión Española, Telemadrid, Mediaset y grupo Prisa. Pérez Jiménez, además es escritor. Su último libro es ‘Ultrasaturados: el malestar en la cultura de las pantallas’. Antes, publicó ‘La Mirada del Suicida: el Enigma y el Estigma’ o ‘Días de vida: conversación con Joan Hunt’, entre otros.
- Beatriz Torres Pardo, psicóloga clínica. Trabaja como facultativa especialista de área en un centro de salud mental del Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Madrid). Además, Torres Pardo ejerce como preparadora de opositores PIR en APIR.
- Miguel Guerrero Díaz, psicólogo clínico en el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y responsable de la Unidad de Prevención e Intervención Intensiva en Conducta Suicida -UPII Cícero- en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria y Hospital Costa del Sol.
- Esther González Jiménez, psicóloga especialista en Psicología Clínica, a través del PIR, y con 20 años de experiencia en el ámbito de la Salud Mental, tanto en el ámbito de lo público y de lo privado. Actualmente trabaja como Facultativa Especialista en Psicología Clínica en un Centro de Salud Mental (consultas ambulatorias), de la

Gerencia Especializada de Toledo (SESCAM). González Jiménez es integrante del Grupo Regional de Trabajo sobre Prevención del Suicidio, constituido por el SESCAM. Por último, cabe decir que Esther González ha trabajado en la intervención en crisis y conducta suicida tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario, ya que ha formado parte del proyecto que el Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid (SUMMA 12) puso en marcha en julio de 2019 con la incorporación de un equipo de psicólogas clínicas para dar atención a demandas relacionadas con reacciones de estrés agudo ante sucesos vitales de alto impacto.

#### **4.5 TRASCRIPCIÓN Y CONFECCIÓN DEL REPORTAJE**

El último paso tiene dos cometidos. Por un lado, transcribir las entrevistas al completo. Conforme se acababa una entrevista, se hacía su correspondiente transcripción. Todas ellas aparecen en el apartado de ‘Anexos’. Así, el lector puede conocer lo que se estuvo hablando, ya que no todas las declaraciones que ofreció el entrevistado aparece en el reportaje. Así, también se le dota de noticiable la confección de esta memoria.

Y para finalizar, la maquetación del reportaje con el programa de edición QuarkXPress, incluyendo fotografías para hacer más vistoso el diseño.

## **5. ESTRUCTURA DEL REPORTAJE**

### **5.1 INTRODUCCIÓN AL REPORTAJE PERIODÍSTICO**

El género periodístico que impera en este Trabajo Final de Grado es el reportaje, cuya finalidad principal es la de informar a sus lectores. Alex Grijelmo, en su libro 'El Estilo del Periodista' describe el reportaje como "un texto informativo que incluye elementos noticiosos, declaraciones de diversos personajes o testigos, ambiente, color, y que, fundamentalmente, tiene carácter descriptivo. Se presta mucho más al estilo literario que la noticia. Normalmente, el reportaje parte de una recreación de algo que fue noticia y que en su momento no pudimos o no quisimos abarcar por completo" (2014: 64).

Gonzalo Martín Vivaldi lo define como un "relato periodístico esencialmente informativo, libre en cuanto al tema, objetivo en cuanto al modo y redactado preferentemente en estilo directo, en el que se da cuenta de un hecho o suceso de interés actual o humano" (Martín Vivaldi, 1973: 65).

Y Martín Alonso precisa que "el reportaje describe escenas, indaga hechos, pinta retratos, descubre interioridades, refleja emociones, examina caracteres con visión personal y directa. Los reportajes ordinarios no distan mucho de una crónica de información. Los acontecimientos del reportaje característico no se esperan a fecha fija. Incidentes y fases imprevistos son objeto de esta actividad y los que proporcionan éxitos resonantes al periodismo" (1976: 455).

A raíz de las siguientes definiciones que varios autores han aportado sobre este género, se puede sacar por conclusión algunas características:

- Con respecto a los elementos de titulación, el titular suele ser creativo y el subtítulo informativo. Por otro lado, a lo largo del cuerpo de texto, se añaden ladillos y destacados.
- La estructura es libre, no se sigue un patrón tan fijado como en la noticia.
- Ídem a lo anterior, el lenguaje en el reportaje es menos inflexible a la noticia. Además, también se acompaña con tintes narrativos para así desarrollar una lectura más amena.
- Los testimonios son un plus, ya que ofrecen esa cara más humana del periodismo.
- Las fotografías aportan ese lado más visual del tema en cuestión.

## **5.2 ESTRUCTURA**

Este reportaje está escrito en tercera persona con el fin saber de primera mano todo lo conocido y lo que menos acerca del suicidio. Así el lector puede sensibilizarse de la situación a la vez que empatice con los testimonios de las víctimas y tengan más en consideración la labor de los profesionales de la salud mental.

Con respecto a la estructura de “El Suicidio, la deliberación de la muerte frente a la vida”, cabe decir que es clara y persigue el objetivo de ofrecer una imagen amplia del suicidio. Para ello, se ha fraccionado en cinco bloques repartidos a lo largo de las 12 páginas. A continuación, se explican cada uno de ellos, aparte de decir qué fuentes son las que se han utilizado para cada fragmento.

En un primer lugar, se hace mención de las cifras de víctimas mortales por suicidio que hay en España. Y para dotarlo de actualidad, se hace hincapié en las últimas que se publicaron en 2019. La Fundación Española para la Prevención del Suicidio, y a través de su ‘Observatorio del Suicidio’, ha sido la fuente donde se ha extraído los datos necesarios para conocer los números de personas que se quitaron la vida en dicho año. Además, en este primer bloque se ha contado con una serie de declaraciones provenientes de profesionales de la salud mental, a los cuales se les ha entrevistado para conocer la percepción que tienen de este tema. Precisamente, aquí se cuenta con la información aportada por Luí́s Fernando Lópéz Martí́nez.

Aún sin salir de este primer apartado, cabe decir que este reportaje ha tenido muy presente algunos temas de actualidad, como es la pandemia de la COVID-19 y cómo esta afecta a la salud mental de las personas, así como el detrimento de los servicios de atención psicológica. De ahí que se ha sacado información de una publicación del Defensor del Pueblo a fecha de enero de 2020 y algunos datos de una nueva encuesta elaborada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de este mismo febrero de 2021.

En segundo lugar, se encuentra el bloque de la prevención. Este ocupa algo más de tres páginas y está pensado así porque se le quiere dar prioridad a la implicación que están llevando a cabo los psicólogos y psiquiatras desde sus consultas, tanto privadas como públicas, y a partir de las asociaciones. Para ello, se ha contado con las declaraciones de Miguel Guerrero Díaz, quien es coordinador de la Unidad de Prevención en Intervención Intensiva en Conducta Suicida ‘UPII Cicerón’, la cual se lleva a cabo

entre la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria y el Hospital Costa del Sol. Ambos están en la provincia de Málaga. Al mismo tiempo, se expone los quehaceres de la Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio ‘Papágeno’ de la mano de uno de los miembros, Daniel J. López Vega.

Dentro de esta sección de prevención, y mientras se avanza en la estructura del reportaje, se añade otras maneras de ayudar a las personas que pasan por el replanteamiento de sus propias vidas. En estos casos, el círculo familiar o amistoso juegan un papel importante ya que pueden ayudar en la detección temprana de dicha conducta. Y para explicar esto se ha contado con las voces de Lucas Giner y la psicóloga Beatriz Torres Pardo. Además, se extrae una serie de pautas del portal web del centro madrileño ‘Psicólogos Princesa 81’ para que las personas cercanas a estas víctimas puedan actuar de la mejor manera posible.

En tercer lugar, se encuentra la explicación del por qué el concepto “perfil” no se recomienda usar cuando se habla o escribe de suicidio. Los motivos se esclarecen, además de añadir una serie de posibles factores que van desde lo psicológico hasta lo social y que pueden perjudicar a aquellos que presentan una conducta suicida. Es por esto, que para este bloque se ha acudido a los psicólogos Luís Fernando López, Esther González Jiménez y Miguel Guerrero. Con respecto a la parte de documentación, se obtiene información de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME) y un artículo elaborado por Alejandro Arnaldo Barroso Martínez.

En cuarto lugar, se llega a la parte de las experiencias personales. Vivencias que cuentan María de Quesada y Juan Carlos Pérez. Ambos guardan un estrecho vínculo con el suicidio, pero no de la misma manera. Además, de sus vivencias los dos sacaron adelante proyectos con el propósito de visibilizar esta realidad. Él un libro y ella igual, pero además una asociación que lleva el nombre de ‘La Niña Amarilla’.

En quinto y último lugar, este reportaje también se centra en los medios de comunicación y su labor periodística acerca de este tema. Para ello se ha contado con las declaraciones ofrecidas por Juan Carlos Pérez, quién es profesional de este sector, además de documentación procedente de la Organización Mundial de la Salud (‘Prevención del Suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación’).

En la misma línea de lo anterior, también se resalta como otros medios apuesta por la confección de decálogos como es la Agencia EFE o desde el Ministerio de Salud en colaboración con otras Asociaciones e instituciones. Y para cerrar, se cuenta con la voz de Pedro Lázaro, quien es presidente del Consejo Profesional de la RTVA y ofrece cuál es la posición que tiene la radio y televisión andaluza con respecto a la cobertura sobre el suicidio.

Para finalizar, cabe decir que este reportaje se acompaña de una serie de ladillos y destacados con el fin de que la lectura sea menos pesada y no se haga tan farragosa. Del mismo modo, aparecen fotografías que los psicólogos han aportado al trabajo. Así se les puede poner cara. Luego, tanto la foto de portada, como las que aparecen en la página 6 y 12 son hechas por el propio autor de este Trabajo Fin de Grado.

## **6. CONCLUSIONES**

Tras varios meses de documentación, entrevistas a las fuentes orales y elaboración del reportaje, se puede sacar una serie de conclusiones:

- Las cifras de personas que se quitan la vida en España, con respecto a los años anteriores, más o menos se mantienen en los mismos intervalos. Por encima de los 3.500 y por debajo de los 4.000 casos, pero según declaraciones de los psicólogos, las defunciones “están infranotificadas” porque, por ejemplo, quizás detrás de un accidente de tráfico puede esconderse un posible suicidio.
- La pandemia de la COVID-19 ha agravado la salud mental de las personas y aún más al servicio de atención psicológica, que ya venía afectado de antes. En todo este tiempo, los trastornos ansiosos o la depresión han sido las enfermedades más comunes. En relación a ello, todavía no se puede saber con exactitud si esta crisis sanitaria traerá consigo un aumento de suicidios. No hay documentación oficial que lo avale, pero los profesionales piensan que posiblemente crezcan.
- Ejemplos como la Unidad de Prevención e Intervención Intensiva en Conducta Suicida ‘UPII Cicerón’ o la Asociación ‘Papágeno’ demuestran que es posible llevar a cabo propuestas para fomentar la prevención en aquellas personas que han pensado en algún momento o han intentado quitarse la vida. El primero es un proyecto que se lleva a cabo en todo el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Costa del Sol (Málaga) y cuyo objetivo principal es, según palabras de Miguel Guerrero Díaz, responsable de la ‘UPII Cicerón’, “que las personas que estén ideando quitarse la vida, no lo lleven a cabo y aquellas que lo han intentado, no lo cometan de nuevo”. Por el otro lado, la Asociación ‘Papágeno’ ofrece formación a los profesionales e información acerca de este tema en sus redes sociales.

En todo esto, también cabe destacar que, aunque en la mayoría de los casos el suicidio se puede prevenir, también existen incidentes en los que las posibilidades se reducen a mínimos. Un ejemplo es la conducta impulsiva de la persona, que, en poco tiempo puede pasar de la ideación a la acción de quitarse la vida.

- Si los medios de comunicación hacen una adecuada cobertura acerca de los suicidios, también pueden fomentar en la prevención. Por ejemplo, informar de las víctimas mortales que hay en España, dar voz a los profesionales de la salud mental, conocer las maneras que hay para detectar posibles casos dentro del vínculo familiar o amistoso o incluso, proporcionar testimonios de aquellos que por un momento pensaron en quitarse la vida o personas que sufrieron la pérdida de un ser a causa del suicidio. Es decir, los “supervivientes”.

La Organización Mundial de la Salud ya lanzaba a principios del nuevo milenio un decálogo de recomendaciones para los profesionales de la comunicación, donde se deja entrever la manera en que se tiene que informar sobre este asunto. Pero la realidad denota que todavía hay mucho por hacer, aunque existan pequeños pasos de progreso, pues los medios aún no están del todo seguros de si se es recomendable o no hacer una cobertura de estos hechos. Ejemplo de ello es la Radio y Televisión de Andalucía (RTVA), donde aún queda por debatir qué es lo más oportuno en estos casos. El temor del efecto Werther prevalece por encima del efecto Papágeno.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 7.1 LIBROS

- Pérez Jiménez, Juan Carlos (2011). *La Mirada del Suicida: El enigma y el estigma*. Plaza y Valdés. Madrid, España: Plaza y Valdés
- Martín Vivaldi, G. (1973). *Géneros periodísticos: reportaje, crónica, artículo (análisis diferencial)*. Madrid, España: Paraninfo
- Martínez Pandiani, Gustavo. (2004). *Periodismo de Investigación: Fuentes, Técnicas e Informes*. Buenos Aires, Argentina: Ugerman Editor
- Olaz Capitán, Ángel José. (2016). *La Entrevista de Investigación*. Madrid, España: Grupo 5
- Martín, Alonso. (1976). *Ciencia del lenguaje y arte del estilo*. Madrid, España: Ed. Aguilar

### 7.2 ARTÍCULOS

- Sheila O. Juárez Aranda. (2016). El suicidio como problema de la salud pública. *Psiquis (México)*. Sep-Oct. Vol. 25, Núm. 5.
- Sergio Andrés Pérez Barrero. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev. Cubana Med Gen Integr*, 15 (2), 196-217.
- Margalida Gili, Javier García Campayo y Miquel Roca. (2014). Crisis económica y salud mental. *Informe Sespas. Gaceta Sanitaria*, 28(S1), 104-108.
- Isabel Ruíz-Pérez y Antonio Olry de Labry-Lima. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl.1), 25-31.
- Henry Rubiano Daza, Tatiana Quintero Cabrera y Clara Inés Bonilla Londoño. (2007). El suicidio: más que una noticia, un tema de responsabilidad social. *Palabra Clave*, Volumen 10 (2).
- Josep M. Suelves y Anna Robert. (2012). La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 137-142.
- Paulo Daniel y Acero Rodríguez. (2011). Evitar y sobrevivir al suicidio, una misión posible. *Revista Psiquiatría*, 15:26.
- Alejandro Arnaldo Barroso Martínez (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 39(135), 51-66

### 7.3 ARTÍCULOS EN PERIÓDICOS

- Rafael J. Álvarez. (2020). “Con 10 suicidios al día, a lo mejor los políticos necesitan que nos desnudemos con una horca ante el Congreso”. *El Mundo*. Recuperado de [Javi Martín: "Con 10 suicidios al día, a lo mejor los políticos necesitan que nos desnudemos con una horca ante el Congreso" | España \(elmundo.es\)](#)
- El Mundo. (2020). Las personas con depresión tienen 21 veces más riesgo de suicidarse. *El Mundo*. Recuperado de [Las personas con depresión tienen 21 veces más riesgo de suicidarse | Salud \(elmundo.es\)](#)
- Natalia Puga. (2020). Una joven de 17 años se quita la vida en Galicia tras sufrir acoso por su orientación sexual. *El Mundo*. Recuperado de [Una joven de 17 años se quita la vida en Galicia tras sufrir acoso por su orientación sexual | España \(elmundo.es\)](#)
- Rafael J. Álvarez. (2020). Suicidio y vejez, la adelantada muerte tardía. *El Mundo*. Recuperado de [Suicidio y vejez, la adelantada muerte tardía | España \(elmundo.es\)](#)
- Germán González. (2020). Barcelona pone en marcha un servicio de prevención del suicidio dentro del plan de choque contra el Covid. *El Mundo*. Recuperado de [Barcelona pone en marcha un servicio de prevención del suicidio dentro del plan de choque contra el Covid | Cataluña \(elmundo.es\)](#)
- R. D. (2020). Andalucía formará a los sanitarios en la prevención del suicidio. *Diario de Sevilla*. Recuperado de [Andalucía formará a los sanitarios en la prevención del suicidio \(diariodesevilla.es\)](#)
- R. D. (2021). La Junta refuerza Salud Mental y crea un plan para el abordaje del suicidio. *Diario de Sevilla*. Recuperado de [La Junta refuerza Salud Mental y crea un plan para el abordaje del suicidio \(diariodesevilla.es\)](#)
- Fernando Pérez Ávila. (2020). Hallado sin vida en su local el dueño de un bar de Nervión. *Diario de Sevilla*. Recuperado de [Hallado sin vida en su local el dueño de un bar de Nervión \(diariodesevilla.es\)](#)
- Europa Press. (2019). Andalucía registra más del doble de muertes por suicidios que por accidentes de tráfico. *Diario de Sevilla*. Recuperado de [Andalucía registra más del doble de muertes por suicidios que por accidentes de tráfico \(diariodesevilla.es\)](#)
- Julián Aguilar García. (2019). Sobre el suicidio. *Diario de Sevilla*. Recuperado de [Sobre el suicidio \(diariodesevilla.es\)](#)

- María Álvarez del Vayo, Ángela Bernardo, Carmen Torrecillas, Olalla Tuñas y Eva Belmonte. (2021). El consumo de ansiolíticos en 2020 fue el más alto de la última década. *El Confidencial*. Recuperado de [El consumo de ansiolíticos en 2020 fue el más alto de la última década \(elconfidencial.com\)](https://www.elconfidencial.com)
- EFE. (2020). Guía de la Agencia EFE para el tratamiento informativo del suicidio. *Agencia EFE*. Recuperado de [Guía de la Agencia EFE para el tratamiento informativo del suicidio | Sociedad | Agencia EFE](https://www.efe.com)

#### 7.4 PÁGINAS WEB

- Infocop Online. (5 de junio de 2020). *Los datos del INE evidencian la escasez de psicólogos clínicos en España-Estadística de profesionales sanitarios colegiados 2019*. Recuperado de [Los datos del INE evidencian la escasez de psicólogos clínicos en España-Estadística de profesionales sanitarios colegiados 2019 \(infocop.es\)](https://www.infocop.es)
- Confederación Salud Mental España. (16 de marzo de 2021). *Manifiesto 'Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia'*. Recuperado de [Manifiesto 'Salud mental y COVID-19: un año de pandemia' \(consaludmental.org\)](https://www.consaludmental.org)
- Encuentros Nacionales en Psiquiatría Online: Conducta Suicida. (10 de abril de 2021). *Ediciones anteriores*. Recuperado de [Ediciones anteriores \(encuentrosenpsiquiatria.com\)](https://www.encuentrosenpsiquiatria.com)
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio. (2021) *Observatorio del Suicidio en España*. Recuperado de [Observatorio del Suicidio en España - Prevención del suicidio. \(fsme.es\)](https://www.fsme.es)
- Psicólogos Princesa 81. (10 de septiembre de 2020). *Pautas Clave para tratar a una persona con riesgo suicida: qué hacer y qué no hacer*. Recuperado de [Pautas para tratar a una persona con riesgo suicida \(psicologosprincesa81.com\)](https://www.psicologosprincesa81.com)
- La Niña Amarilla. (2021). *Inicio*. Recuperado de [Inicio - La niña amarilla \(laninaamarilla.com\)](https://www.laninaamarilla.com)
- Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio 'Papágeno'. (2021). *Socios*. Recuperado de [Inicio Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio \(papageno.es\)](https://www.papageno.es)
- Defensor del Pueblo. (2 de enero de 2020). *Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de [Necesidades e incremento de la atención psicológica. Defensor del Pueblo](https://www.defensorpueblo.es)

- Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. (10 de septiembre de 2020). *La Unidad de Salud Mental Comunitaria de Marbella junto al Hospital Costa del Sol inauguran la Unidad de Prevención e Intervención Intensiva en Conducta Suicida ‘UPII Cicerón’*. Recuperado de [Junta de Andalucía - La Unidad de Salud Mental Comunitaria de Marbella junto al Hospital Costa del Sol inauguran la Unidad de Prevención e Intervención Intensiva en Conducta Suicida ‘UPII Cicerón’ \(juntadeandalucia.es\)](#)
- Prevensuic. (2021). *Mitos sobre el suicidio*. Recuperado de [Mitos sobre el suicidio - Página web de prevensuic](#)

### 7.5 REVISTA

- Rafael Lillo, Arturo Sanmartín, Lucas Giner. (2021). XI Encuentros en Psiquiatría – Conducta Suicida. Resúmenes 2020, 16, 80-112. Recuperado de [Encuentros Suicidio 2020 ISSN 2565-0564 Psicosom. psiquiatr. 2021-1680-112.pdf \(encuentrosenpsiquiatria.com\)](#)

### 7.6 ARCHIVOS PDF

- CIS (2021). *Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la Covid-19*[Archivo PDF]. Recuperado de [Encuesta-salud-mental-covid19-cis-avance-resultados.pdf \(consaludmental.org\)](#)
- EMCDDA (2020). *Impacto f COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe*[Archivo PDF]. Recuperado de [EMCDDA-Trendspotter-Covid-19-Wave-2 1.pdf \(europa.eu\)](#)
- OMS (2000). *Prevención del Suicidio: Un instrumento para profesionales de los Medios de Comunicación*[Archivo PDF]. Recuperado de [Microsoft Word - res-media-Spanish-web.doc \(who.int\)](#)
- Ministerio de Sanidad (2020). *Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación: Manual de apoyo para sus profesionales*[Archivo PDF]. Recuperado de [Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación. Manual de apoyo para sus profesionales \(mscbs.gob.es\)](#)

## 7.8 PODCAST

- Psicoflix. (2019-presente). *Prevención del Suicidio con Miguel Guerrero – Ep. 108* [Podcast]. Spotify. Recuperado de [https://open.spotify.com/episode/4LuaECboNRp0Orv6SQaGE8?si=q\\_HMr357QveiTJE86\\_ZrSA&dl\\_branch=1](https://open.spotify.com/episode/4LuaECboNRp0Orv6SQaGE8?si=q_HMr357QveiTJE86_ZrSA&dl_branch=1)

## 7.9 RADIO

- Los años perdidos de vida. *Canal Sur Radio*. (2015). 105.1 FM. Recuperado de ['Los años perdidos de vida' \(canalsur.es\)](http://canalsur.es)

## 7.10 FUENTES DIRECTAS

- Lucas Giner
- Daniel López
- María de Quesada
- Luís Fernando López Martínez
- Pedro Lázaro Gómara
- Juan Carlos Pérez Jiménez
- Beatriz Torres Pardo
- Miguel Guerrero Díaz
- Esther González Jiménez

## **8. ANEXOS**

### **8.1 REPORTAJE MAQUETADO**

En las próximas páginas se presenta la transcripción del reportaje.

**Título:** El Suicidio, la deliberación de la muerte frente a la vida

**Entradilla:** El silencio que envuelve al suicidio, no deja entrever su realidad. Este problema de salud pública es un tabú entre la sociedad a día de hoy. Más de 3.000 personas se quitan la vida en España cada año y cientos lo intentan, pero no llegan a consumarlo. En todo este panorama, la prevención pasa por ser una herramienta eficaz y que va desde el ámbito familiar, el profesional de salud mental o los medios de comunicación.

**Cuerpo de texto:**

“Lo que no tiene solución es el dolor imborrable que deja entre su vínculo más cercano, la persona que se ha quitado la vida. Entonces, cuando se está vivo y pasas por un momento como ese, tienes la oportunidad de salvarte. Y esa salvación pasa por pedir ayuda porque solo no se puede. Lo tengo clarísimo.” Así expresa María de Quesada lo que le diría a una persona que esté atravesando por lo mismo que ella sufrió a sus 15 años. Ahora esta periodista valenciana tiene 40, pero en su etapa de adolescente vivió en su propia carne el intento de suicidarse.

Este hecho deja entrever una realidad, que a día de hoy pasa desapercibida entre la sociedad. Y es que este tabú es la primera causa externa de muerte en España desde 2008, año en el que las muertes por suicidio superaron a las de accidentes de tráfico. Incluso, por debajo de estas se encuentran las víctimas de violencia de género u homicidios.

Luís Fernando López Martínez, psicólogo general sanitario y psicoterapeuta, ratifica que “el suicidio todavía es un fenómeno social y sanitario que continúa estigmatizado en la sociedad y que aún cuesta hablarlo abiertamente “. Además, añade que no solo se priva de comentar este asunto en “los espacios sanitarios, sino también en los educativos, medios de comunicación o en la esfera poblacional en general”. Y recalca que “esto no

es un problema que ha llegado nuevo, sino que es muy antiguo, tan antiguo como el mundo”.

Aún sin tenerlo en cuenta, esta realidad existe. Muestra de ello son las cifras totales de las víctimas mortales que deciden poner punto y final a sus vidas.

**Ladillo:** “Más de 3.000”

Dos horas y media. Ni más, ni menos. Este es el tiempo aproximado que hay de margen entre un suicidio y otro en España a diario. Mientras, en medio de estos ciento cincuenta minutos, otras tantas ejecutarán el intento de arrebatarse su existencia.

En un único día se puede alcanzar la decena de fallecidos. Y si esto se extrapola a cifras anuales, las muertes rebasan los más de 3.000 casos. Como evidencia de esto son los datos que recoge el ‘Observatorio del Suicidio’ elaborado por la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (FSME) del pasado 2019, última fecha de la que se tiene registro. Ese año hubo 3.671 muertes, de las que 2.771 eran hombres y 900 mujeres. Pero si se compara con el anterior, 2018, cuando fallecieron 3.539, se aprecia que hay un aumento de 132 personas más. 132 vidas que se quedaron por el camino.

En base a estos números, Luís Fernando López los cuestiona y añade que “los datos oficiales están infravalorados porque las cifras de suicidio son en realidad muchas más”. Con esta declaración se refiere, por ejemplo, a que detrás de un fallecimiento por cualquier otra causa externa, bien pueda ser por ahogamiento, envenenamiento o un accidente de tráfico, también se puede esconder un posible suicidio.

Estos números, en consonancia a los datos recabados por la FSME, se mantienen por encima de los 3.000 casos anuales, al menos, desde comienzos del nuevo milenio. Incluso, a partir del pasado 2012 las muertes no bajan de los 3.500, pero tampoco superan la barrera de los 4.000. Sino que se mantienen entre esa franja. Y este último registro de 2019 refleja que la tendencia vuelve al alza. “En líneas generales, que tengamos una víctima más que el año pasado significa que las estrategias que tenemos aún son insuficientes para poder asumir tal cantidad de muertes”, afirma López Martínez.

**Ladillo: “Pandemia Mental”**

Para conocer el número total de víctimas mortales de 2020, aún queda por esperar hasta el próximo año. Esta fecha ya corresponde al periodo de la pandemia de la COVID-19, la cual ha ocasionado un elevado número de muertes en todo el mundo, además de traer severas consecuencias en los ámbitos social y económico.

La sociedad se ha visto más afectada por su salud mental en este último año y medio. Pero si se mira desde otro punto de vista, parece que se la ha empezado a tener más en consideración. “La COVID-19 lo que ha hecho, en el sentido positivo, es poner en relieve la importancia de la salud mental”, asegura Luís Fernando. Por el contrario, añade que “la pandemia ha incrementado los problemas que ya venían de antes”. Es decir, “la falta de recursos humanos y materiales”.

El Defensor del Pueblo en funciones, Francisco Fernández Marugán, recomienda al Ministerio de Sanidad que se acreciente el servicio de atención psicológica que aporta el Sistema Nacional de Salud (SNS). En una publicación de comienzos del pasado año revela que, en España a fecha de 2018, “la ratio de psicólogos en el SNS, por 100.000 habitantes, se calcula aproximadamente en 6”. Cifras que se quedan, completamente, atrás cuando se comparan con la media europea. En este caso, 18 psicólogos por 100.000 habitantes.

Aunque la ratio en España sea baja, ha tenido que hacer frente a la creciente demanda en atención psicológica desde que comenzara la pandemia. Luís Fernando lo ha notado en su consulta y comenta que esta situación “ha generado estados emocionales que han incrementado en procesos mentales tan graves como la depresión, trastorno del sueño o del ánimo” a causa de toda la incertidumbre generada a partir del pasado mes de marzo de 2020.

A raíz de esta declaración, se puede añadir los datos de la ‘Encuesta sobre la Salud Mental de los/as españoles/as durante la Pandemia de la COVID-19’ confeccionada en febrero de este mismo año por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Un 6’4% de la población ha sido atendida por algún psicólogo o psiquiatra. Unos números que pueden leerse de distintas maneras, ya que no solo tienen una única interpretación. El psicólogo clínico Miguel Guerrero afirma que se puede entender de manera que “aún

existe ese estigma, ese miedo a acudir a la consulta”. Y por otro, “al tener menos profesionales de psicología clínica en los centros de salud públicos, obviamente hay menor oferta, que a su vez implica a que las personas no puedan acceder con facilidad y garantías a la salud mental”. Entonces, se reafirma en que “sí hay demanda de pedir ayuda al psicólogo”, pese a ese casi 6’5%, “pero que no hay suficientes psicólogos para poderlos atender a todos”.

Entre las razones por las que estas personas se someten a las manos de estos especialistas, este nuevo estudio del CIS revela que el trastorno ansioso es el problema más común con un 43’7%, seguido de la depresión con un 35’5%. Por debajo, se encuentra el trastorno de conducta (5,1%), de personalidad (3%) o ansiedad por enfermedad (2,5%), ya sea personal o de un familiar, entre otras causas.

#### **Ladillo: “Relaciones (In)compatibles”**

No en todos los casos ocurre, pero sí en una parte considerable; detrás de un intento de suicidio o consumación de este, quizás se oculte una enfermedad mental o trastorno psicológico. Esto no se relaciona al 100%, pero sí que se convierte en “un factor de riesgo más que se tiene que sumar a otros”, matiza Miguel Guerrero, quien advierte de que este “es uno de los que más incrementa la probabilidad de suicidio”, puesto que, “cuando se le realiza la autopsia psicológica, un 90% padecen una enfermedad mental en el momento de quitarse la vida”.

Todavía no se conoce con certeza si la pandemia de la COVID-19 traerá consigo un aumento de suicidios, ya que a día de hoy no existe documentación oficial en España que lo avale. Lo que sí hay son posibles suposiciones que adelantan lo que aún está por verificarse. Una de ellas es la que ofrece Luís Fernando López, quien dice que “estos problemas podrían desembocar en una mayor ideación suicida”. Argumenta que “ya se verá en los datos, pero todo parece apuntar que, si no se ha tenido demasiada atención a los procesos de salud mental, no ha habido un adecuado acompañamiento, un buen sostén social y sanitario para las personas que tienen un sufrimiento tan elevado, la ideación suicida estará presente”. Aún quiere esperar a ver los datos, pero, esperanzado todavía, quiere “confiar que no sea así, aunque es posible que crezcan”, lamenta.

En la misma línea de ese verosímil incremento de defunciones, Miguel Guerrero añade que “hasta finales de 2022 o 2023, no vamos a tener el dato concreto de lo que ha ocurrido en la pandemia”. Además, este especialista en psicología clínica, advierte de que “hay que ser prudentes. Hay que esperar a hacer estudios de incidencia y prevalencia”, ya que aún es pronto “para decir que la pandemia va a afectar al suicidio”, pese a que lo más “probable es que haya un aumento”. Entre las causas, tal vez tenga relación los trastornos psicológicos, las consecuencias económicas, el desempleo y toda la incertidumbre que ha traído consigo la COVID-19.

Una propuesta que ofrece el psiquiatra y profesor titular en el departamento de psiquiatría por la Universidad de Sevilla, Lucas Giner, es la de “hacer una gran inversión de tiempo, material humano y de accesibilidad para que podamos llegar a todo el mundo”. Es decir, a todas esas personas que necesitan de esta ayuda para que no queden desamparados, solos ante la incertidumbre que los lleve a pensar que la única vía de escape a sus problemas sea la muerte. Entonces, con esta manera de auxiliar a los que más lo necesitan, lo que se persigue es “evitar el máximo número de suicidios posibles”, garantiza Giner porque, como bien recalca, “la mayoría de los casos son evitables”.

**Ladillo:** “Trabajar para prevenir”

En medio de una pandemia o sin ella, la prevención del suicidio es posible. Fundamental. Y ejemplo de ello es la labor que lleva a cabo Miguel Guerrero, quien, además de ser psicólogo clínico en el Servicio Andaluz de Salud (SAS), también es el responsable de la Unidad de Prevención e Intervención Intensiva en Conducta Suicida ‘UPII Cicerón’ en el Hospital Costa del Sol de Málaga.

Este programa, pionero en Andalucía de estas características, vio por primera vez la luz en el año 2018 implantándose exclusivamente en la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Marbella. El objetivo estaba claro, la “prevención indicada”. Es decir, “que las personas que estén ideando el quitarse la vida, no lo lleven a cabo y aquellas que lo han intentado, no lo cometan de nuevo”, explica Guerrero Díaz. Con todo ello, lo que se pone en marcha es una serie de mecanismos que van desde la accesibilidad a los recursos psicoterapéuticos hasta el seguimiento intensivo en aquellos pacientes que se encuentren dentro del grupo de riesgo para que no abandonen esta rutina de manera anticipada.

Tras dos años de experiencia clínica y aportando evidencias científicas, en concreto, disminuir el riesgo en los casos de las personas que tienen una ideación autolítica; la ‘UPII Cicerón’ dio un paso más. Avanzó con el propósito de expandir su trabajo para llegar a más personas. Por tanto, en 2020, este programa se extendió hasta el Distrito Sanitario de Atención Primaria Costa del Sol, comprendiendo así a los municipios de Fuengirola, Mijas, Marbella y Estepona, al igual que sus centros de Atención Primaria.

De cuatro maneras, los pacientes pueden ser derivados a la ‘UPII Cicerón’. La primera, a través de los equipos básicos de atención primaria, donde el médico de cabecera o enfermero, si detecta que el usuario pasa por una situación de riesgo, “se le deriva a su correspondiente Unidad de Salud Mental Comunitaria y desde allí se le conectará con el programa”, explica Miguel Guerrero. Una segunda opción, también pasa por las Urgencias del Hospital Costa del Sol, a las cuales llegan pacientes que han llevado a cabo una acción por quererse quitar la vida.

En tercer lugar, y ya mencionada en líneas anteriores, las personas “que están planificando o tengan riesgo de suicidio, se las deriva a la Unidad de Salud Mental Comunitaria”. Por último, los ingresados que se encuentran en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental, también se les conduce a la ‘UPII Cicerón’.

Este programa, medido y organizado hasta el último milímetro, ofrece ayuda a día de hoy a una población que abarca el medio millón. Cifra que, según Miguel Guerrero Díaz, espera que vaya en aumento en los próximos años, ya que su propósito a largo plazo es “exportar este modelo al resto de la comunidad andaluza”.

Más allá de este proyecto de origen malagueño, también se encuentra en la senda de la providencia del suicidio, la Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención de la conducta Suicida ‘Papágeno’. Esta plataforma, según se explica en la web oficial, “toma el nombre del personaje homónimo de la ópera ‘La Flauta Mágica’ que Mozart creó en 1791. El personaje, en forma de hombre-pájaro, se enamora perdidamente de una de sus compañeras. Al no ser este amor correspondido Papágeno decide matarse, cosa que nunca llevará a cabo porque tres de sus amigos lo convencen ofreciéndole otras alternativas en la vida”.

‘Papágeno’ comienza a dar sus primeros pasos en 2019, siendo una pequeña plataforma donde los integrantes que la conformaban por aquel entonces se conocían de antes. La funcionalidad principal era la de “mantener un blog con información y dando cobertura a

otras asociaciones”, explica Daniel J. López Vega, miembro de la asociación desde sus inicios.

Los primeros meses se enfocó más a lo informativo, en hacer cobertura de un tema que aún seguía sumergido en el tabú, pese a que en la actualidad siga ocurriendo lo mismo. Conforme el tiempo avanzaba, este casi recién estrado proyecto dio un salto para consolidarse como asociación a nivel nacional. Esto ocurre en agosto de 2019 y desde entonces, el trabajo no ha parado, no ha habido tregua de por medio para seguir visibilizando la realidad del suicidio.

“Ahora, ‘Papágeno’ se centra más en la formación de los profesionales, así como ofrecer contenidos a través de sus redes sociales y web”, comenta López Vega. No solo se queda aquí esta parte más académica, sino que también dan cursos para facilitadores de grupos y de ayuda mutua. Es decir, para que estas personas “puedan llevar a cabo los grupos de duelo”, aclara. Estos equipos, que los hay uno en Sevilla y otro en Cádiz, lo conforman “supervivientes”, personas que han perdido a alguien en dichas circunstancias. Respecto a estos usuarios, Daniel López lanza el mensaje de que a “ellos también se les incluye dentro del sector de riesgo, donde hay que trabajar la prevención del suicidio”. Y por ello, “la persona que esté al frente de los grupos de duelo debe estar capacitada y formada con conocimiento de causa”.

Por otro lado, ‘Papágeno’ también se encarga de asesorar a personas con diagnóstico mental a la hora de que estas se pongan en contacto con los medios de comunicación. “Aquí le sugerimos cómo tienen que hablar y qué es lo que se recomienda que digan”, especifica Daniel. Esta se convierte en una manera de prever posibles efectos colaterales que puedan afectarles a sus condicionamientos.

Trabajar para salvar vidas, para que el suicidio no sume más víctimas. De ahí que esta labor de prevención se convierta en una obligación en la que se “ponga en marcha las medidas y estrategias correctas y se implique a todos los sectores, no solamente el sanitario, sino el sistema de educación, justicia, servicios sociales o asuntos sociales” para que así “las tasas descendan en un área concreta”, expresa Miguel Guerrero Díaz.

El objetivo está marcado. No hay dudas y es el de echar una mano a todas aquellas personas que estén pasando por un momento difícil en su vida, tan complicado como para cuestionarse si seguir viviendo o no. Los profesionales de la salud mental trabajan codo con codo para que esa aspiración se consolide en la mente de la víctima con el paso del

tiempo. Esther González, psicóloga clínica en la Gerencia Especializada de Toledo (SESCAM), y también miembro de ‘Papágeno’, afirma que sí se puede, pero además añade que “no hay que juzgarles, ni tampoco convencerles de nada, sino ofrecerles alternativas”. Esta opción pasa por la de “disuadir ese pensamiento, negociar con él un plazo, que dé una oportunidad a su situación para cambiar la perspectiva y así verlo de otra manera”, matiza. Un trabajo de no pocas semanas, sino que se extiende durante meses, incluso hasta años.

**Ladillo: “Reacción Incontrolable”**

En toda esta labor de prevención, siempre cabe una letra pequeña, que puede pasar desapercibida, pero que está ahí. Miguel Guerrero explica que “el objetivo de suicidio 0 no es posible. Es utópico porque es un fenómeno tan complejo, que no solo va a necesitar de las intervenciones de los distintos dispositivos e instituciones”. Pese a ello, “en cualquier caso hay que intentarlo porque merece la pena. Al igual que se ha hecho con accidentes de tráfico o los casos de violencia de género”.

La dificultad de todo este proceso, a veces deja escapar a la esperanza de entre las manos y anula por un momento esas posibilidades de seguir viviendo. Con todo esto se refiere al acto de la impulsividad. Una reacción inesperada que incita a que la persona con tentativa suicida “pueda pasar de la ideación a la acción en un tiempo mucho más breve que si se compara con otra que es más cometida”, explica la psicóloga clínica Beatriz Torres, quien además trabaja como facultativa especialista de área en un centro de salud mental del Hospital Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares. En estos casos, la prevención baja a mínimos, pero, incluso, Miguel Guerrero arroja algo luz ya que “existen medidas basadas en la evidencia y que sabemos que disminuyen mucho ese tipo de suicidios”. Entre las medidas se encuentra “la reducción del número de comprimidos o pastillas por blíster”, ejemplifica Guerrero Díaz. Y que, gracias a esto, “una persona no tiene fácil acceso a tener grandes cantidades en su domicilio”, especifica.

**Ladillo: “Cautela familiar”**

Dentro del amplio abanico de las actuaciones preventivas, el círculo amistoso y familiar más cercano, igualmente son fundamentales para la detección prematura de esta conducta.

Todos ellos se convierten en piezas claves de este engranaje. Pero la realidad demuestra que, en muchos casos, esta red de soporte no percibe dicha realidad. La de que su padre, madre, hermano, amiga o pareja sentimental esté verbalizando directa e indirectamente aquello que desearía hacer con su vida.

El psiquiatra Lucas Giner, afirma que “más o menos el 70% de las personas que se quitan la vida, lo comunican de alguna forma a la familia o a su médico”, aunque el desconocimiento sobre los factores de riesgo sea uno de los causantes de dañar a todo el proceso de detección. Porque una vez que ocurre lo que nadie se podría imaginar es cuando se empieza a “unir puntos”. Todo ese contexto temporal de pasado y presente toma una forma. A darle sentido a lo que una vez dijo la víctima y se pasó por alto o no se le prestó la atención suficiente porque se pensaba que no iría en serio.

Entre las recomendaciones que se pide llevar a cabo en estos casos, el portal web del centro madrileño ‘Psicólogos Princesa 81’ ofrece una serie de pautas que se aconseja aplicar a la hora de que dos personas se vean envueltas en un contexto donde una de ellas esté pensando en consumir el suicidio. Para ello se pide que se sea cálido y empático con el afectado, que se le escuche para conocer la situación por la que está pasando, “tomarse en serio cualquier manifestación, amenaza o sospecha; mostrar esperanza y posibilidades de superación de la situación o intentar encontrar soluciones prácticas, aunque sean temporales”, entre otras más.

Además de las recomendaciones anteriores, Beatriz Torres Pardo resalta que se les debe “acompañar en ese momento”. Ahora bien, esto no significa que el adlátere se tenga que hacer cargo de todo el proceso, “sino que valide su emoción y se le facilite”, siempre que se pueda, “el acceso a los profesionales que abordan esto de manera más directa”.

Esta profesional ilustra esta realidad silenciada y la ejemplifica con la de la violencia de género. Con el paso del tiempo, “la concienciación que se ha hecho de este tema ha permitido que la sociedad se vea interpelada y pueda actuar. Pues igual podría ocurrir con las ideas de suicidio. Debemos sacarlas de la cabeza de la gente y hablar de ello”, explica.

**Ladillo:** “Desmitificar el perfil”

Cuando se hace mención del término “perfil”, no suele ser bien acogido, puesto que no existe un modelo exclusivo de sujeto que se quite la vida. Ni uno, ni unos pocos tan solo.

“Cada persona es única al igual que lo son sus circunstancias propias. Por eso, los factores de la conducta suicida son multifactorial, ya que existen muchas variables que motivan a que este comportamiento se desarrolle con el paso del tiempo”, argumenta el psicólogo general sanitario Luís Fernando López Martínez, quien también forma parte de la asociación ‘Papágeno’. Además, cuenta con su propio gabinete de psicología en Madrid.

A su vez, Esther González afirma que, al igual que su compañero López Martínez, a la hora de clasificar los motivos por los que una persona ha consumado el suicidio, “se puede encontrar con tropecientos mil que se basan en distintos elementos”. Estas versiones refuerzan la idea de lo complicado que es la existencia de un prototipo de suicida. Y si lo hubiera, no sería uno, sino cientos.

Dentro de esta amplia variedad de causas, tal vez se encuentre una característica que puede ser común en la gran mayoría de los usuarios. A este respecto, se alude al sufrimiento emocional que se acarrea desde que se empieza a considerar que la vida no tiene sentido hasta el punto de llevarlo a la autodestrucción del mismo. En lo que no duda López Martínez es que “una persona que mantiene la conducta suicida, lo que sí tiene es un nivel de desesperanza y de dolor, que no puede canalizar por otro modo. No encuentra un alivio, una regulación emocional en la sociedad”. Incluso, “no encuentra un acompañamiento, pero sí una falta de comprensión, una falta de esperanza, lo que hace que lleve a desencadenar una ideación suicida como el único medio válido para dejar de sufrir”, argumenta.

La psicóloga clínica Esther González Jiménez lo tiene claro, “hay que desterrar lo del perfil del suicida”. Tal vez, “lo hay cuando se refiere a que mueren más hombres que mujeres”, pero ni con esas este término se mantiene a flote.

Esta última singularidad que dice González Jiménez sí que destaca, puesto que en las cifras oficiales se demuestra esa diferencia. Los números hablan por sí solos. Ellos lo consuman más que ellas. Así lo recoge el último estudio del ‘Observatorio del Suicidio’, confeccionado por la FSME.

En 2019, 3.671 personas se quitaron la vida, de las que 2.771 fueron hombres y 900 mujeres. No es solo coincidencia de ese año precisamente, sino que, si se mira hacia atrás, en 2.018, 2.017, 2.016 o 2.015 ocurre lo mismo. Y si se sigue poniendo la lupa en años anteriores, el porcentaje es similar.

Ellos triplican las cifras, superan el 70% de las muertes totales sucedidas en un año. En el artículo ‘Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica’, su autor, Alejandro Arnaldo Barroso Martínez, especifica que “los hombres se valen de métodos más letales, como el ahorcamiento, los objetos punzantes y la defenestración”. En estos casos, la posibilidad de seguir con vida se reduce a mínimos. Por el otro lado, las mujeres lo intentan tres veces más y “emplean el envenenamiento y el consumo de medicamentos”.

**Ladillo:** “Otro factor, la edad”

Los años de una persona también se convierten en otra señal que guarda relación con la conducta suicida. “A mayor edad, mayor riesgo”, afirma Miguel Guerrero.

La franja donde más casos se producen es la que comprende entre los 40 y 59 años. Aquí, basándose en los últimos datos de la FSME de 2019, las víctimas mortales suman 1.492. Las cuales se pueden traducir en un 40’6% del total. En la misma línea, en 2018 hubo 3.539 suicidios y la suma de fenecidos en esa horquilla de años era de 1.466, un 41’4% del total. Es decir, de cada tres personas que se quitan la vida, una de ellas oscila entre esa edad.

A partir de los 60, el número de consumaciones desciende. Pero si se mira a partir de las tasas por 100.000 habitantes, todo cambia. Entre los 60 y 69 años marca en 10’08. Luego, desde los 70 en adelante es cuando se obtienen las tasas más altas. Por ejemplo, ciñéndose a los números de 2.019, la tasa que va desde los 70 a los 79 es de 12’34 por 100.000 habitantes. Y si se da un paso más, el riesgo de suicidio crece cuando son mayores de 80. En este caso, la cifra marca 15’99. Esto demuestra que, según palabras de Miguel Guerrero, “este sería el principal punto de riesgo, y aún más cuando se está por encima de los 70. Aquí, de cada dos intentos, uno lo consuma”.

Los más jóvenes registran los números de víctimas mortales y las tasas más bajas si se compara con el resto. Esto no significa que no lo intenten, sino todo lo contrario. “Los adolescentes serían factor de riesgo en autolesión y tentativa suicida”, explica Guerrero Díaz. Aunque matiza que “no todos los que llevan a cabo la autolesión en esa franja de edad, están relacionados con el suicidio”.

Beatriz Torres, también se reafirma en lo anterior. “En todo este tiempo de pandemia se ha comprobado un aumento importante de las autolesiones y de la ideación autolítica en los adolescentes”. Y advierte de que “aunque muchas veces sea sin intención suicida, es posible que haya una precipitación hacia algo que sea más letal”.

Algunos de los factores que pueden conllevar a que estos jóvenes se vean tentados a realizar dichas acciones son “las nuevas dinámicas de vida, la falta de regulación emocional, las nuevas vinculaciones de apego, la falta de afrontamiento a la adversidad o hacer un buen uso de las redes sociales”, explica Luís Fernando López Martínez.

En general, todas ellas implican a “una inadecuada atención dentro de los procesos de salud mental”, añade, quien hace poco lanzó su nuevo libro, ‘Duelo, Autolesión y Conducta Suicida: Desafíos en la era digital’. Sobre su nuevo trabajo, López Martínez argumenta que su publicación “es una crítica a nuestra manera de relacionarnos, ya que no sabemos acompañar a una persona que sufre y necesita que estemos con ella, pero como no sabemos atenderlas, pues deciden usar las redes sociales para poderse sentir libre y expresar lo que quieren”. Esto guarda relación con el suicidio, ya que, además de aflorar sus emociones a través de la web, también expresan los deseos de muerte.

Una falta de atención, donde se detecte de manera tardía estas manifestaciones, “puede desembocar en que un chico o una chica se refugie en una conducta autodestructiva o incluso en una ideación suicida”, concluye Luís Fernando.

Así que los adolescentes, los que abarcan las edades de 15 a 29 años y por debajo de estas son el grupo donde hay mayor tentativa autolítica. “Por cada 200 que lo hacen, uno llega a consumarlo”. Teniendo en cuenta que el suicidio, a estas edades, se convierte en la segunda causa de muerte por debajo de las enfermedades oncológicas.

**Ladillo:** “Un dolor enquistado”

Todo lo anterior se convierte en cifras, números, pero la realidad del suicidio tiene nombre y apellidos. Personas que por un momento pensaron que lo mejor sería quitarse la vida, descansar de todo el pesar que llevaban a carga en sus hombros. Una lucha interna por no saber qué hacer y hacia donde virar el barco para que llegue a un destino lo antes posible.

Juan Carlos Pérez y María de Quesada son dos personas que comparten, en cierta medida, una vivencia similar. Ambas con una perspectiva distinta, pero con un tema en

común. El suicidio. Él como “superviviente”, ya que sufrió de cerca el caso de su padre. Ella, a sus 15, en plena adolescencia, intentó quitarse la vida.

A los 27 años, Juan Carlos vivió en sus propias carnes un suceso que le marcaría de por vida. Un hecho que no tenía entre sus pensamientos, que parecía que ese tema no tenía nada que ver con él. “En el caso de mi padre, no hubo signos previos de alerta, no es como en otras familias que viven con esa probabilidad durante años porque antes hubo un intento, manifestación o verbalización”. A este respecto, nada. Ni tan siquiera pensarlo que eso podría suceder.

Cuando ocurrió, como si de un jarro de agua fría se tratase, paralizó todos sus cimientos. Los de él y los de su familia. “Al principio, era como si esa realidad fuese una irrealidad. Te piensas que eso no te puede estar pasando a ti. Entrás en una negación que te genera una incapacidad para entender y asumir la envergadura de un acontecimiento como el que acababa de sucederme”. Su padre se había quitado la vida a los 57 años de edad.

Ese dolor interno, enquistado y sellado a fuego lento duró muchos años. Desde entonces comenzó un largo camino dentro de la familia para asimilar lo que ese día les deparó el destino. Juan Carlos expresa que “fue muy difícil” y que “el sufrimiento, la rabia o la sensación de culpa” se convirtieron en sentimientos que no se pudieron ahorrar, al igual que “la incompreensión de no poder encontrar una respuesta”.

Muchos años, unos quince duró ese decaimiento, que se convirtió en un estigma que se extendió por todos los familiares. Finalmente, la luz empezó a notarse y se pudo levantar un poco la cabeza. Lo suficiente como para afrontar la dura realidad. Juan Carlos acudió a terapia, afrontó su duelo y empezó a poner palabras a los hechos. “Quería que dejara de ser un propio tabú, que se pudiera hablar con cierta calidez. Que no se quedara ahí como si esto fuese una habitación cerrada en una casa”, expresa.

Entonces, se armó de valor y con sus dotes periodísticos, los cuales le caracteriza porque durante años fue director de imagen y trabajó para la televisión, comenzó a dar forma a ‘La Mirada del Suicida: El enigma y el estigma’. Además, contó con todo el apoyo de su familia, un pilar fundamental para él. “Cuando me sentí capaz de abordar todo el dolor que suponía, me puse a ello y descubrí que había muchísimo más por decir y por hacer de lo que yo había intuido solo por mi experiencia”, argumenta Juan Carlos Pérez. Sin lugar a dudas, tuvo que hacer un trabajo interno para así enfrentarse al folio en blanco y darle forma a un proyecto cargado de mucha sentimentalidad.

Su libro celebra el décimo aniversario durante este 2021. Pero los años no pasan por este trabajo, no queda desfasado, pues el tabú impera aún entre la sociedad. Pérez, aun así, confía en que ya está “lo suficientemente madura, como para afrontarlo de otro modo y no estar solamente en el secretismo”, en el más pulcro de los silencios. “Yo decidí que quería luchar contra eso y hacer lo posible para visibilizar el suicidio”. Es por esto que su propósito principal se convirtió en “hacerlo lo más accesible, que pudiera interesar a todo aquel que ha tenido una experiencia personal, familiar con este asunto o a quien no la haya tenido, también”, expresa quien ahora se dedica a impartir clases en la Universidad Europea de Madrid.

**Ladillo:** “De aquellos polvos, ...”

15 años. Con tan solo 15, María de Quesada intentó poner fin a su vida. Esto ocurrió en 1995, una época donde la manera de expresarse era distinta, no estaban las redes sociales para escribir, por ejemplo, lo mal que ha ido el día o lo bien que se siente uno mismo. “No había sitios donde desahogarse y en mi caso, no compartía nada con nadie, me lo comía sola”, recuerda María. Además, ella añade que fue “una niña muy sensible”, aunque piensa que nunca lo dejó de ser y que esa manera de sentirse llega hasta el día de hoy.

“De pequeña empecé a sentir que molestaba de alguna manera”, así lo declara. Y así eran sus pensamientos, los cuales se solidificaron en su mente. No se los pudo quitar de la cabeza, sino que se aferraron con todas sus ganas. Esto no fue pasajero, sino que permaneció y perduró en el tiempo. A todo este cóctel, le tuvo que sumar otro cargo de conciencia. Esta vez, proveniente de su casa, de la que recuerda a su padre, quien estaba enfermo. Él padecía depresión. Pero incluso con esta situación familiar, ella misma se atribuyó parte de la responsabilidad. “Me culpaba de una manera o de otra”, afirma de Quesada.

Aparentemente, María parecía una chica como otra cualquiera. El resto de mortales no percibía nada de lo que estaba ocurriendo en su interior. Ella hacía su vida normal tal y como podía. Con sus amigos y amigas, sus estudios y sin tener ningún problema que le obstaculizara su camino. El sufrimiento que cargaba no lo expulsaba, sino que permanecía en su interior. Ahí se quedaba, preso y sin libertad de aflorar por los cuatro costados para ponerle una solución.

Todo este devenir llegaba a su cenit, alcanzó el punto más álgido con pensamientos de la talla de “empecé a dudar de mi valía, mis actitudes”. La desconfianza personal la invadió por completo. El amor propio desapareció, se esfumó y no quedaba rastro de él. Por lo tanto, llegó el día en que todo explotó. “Realmente sentía que molestaba en mi familia. Y lo mejor era quitarse de en medio, ya no me merecía vivir”, así lo pensó cuando tenía 15 años, en plena adolescencia. Sin dudarlo, ella califica todo esto como “una ausencia de merecimiento, una ausencia de amor hacia mí misma”, explica.

La palabra suicido se apoderó de ella. Como si de una marioneta se tratase, los hilos de este comportamiento la llevaron a intentar quitarse la vida. Esto marcaría un antes y un después, que nadie se pensó que una chica de unas aptitudes como las que ella mostraba a su alrededor, podría llegar a actuar de esta manera. Cuando ocurrió el hecho fatal, que no llegó a consumarse, “tampoco mejoró la cosa porque realmente, como no teníamos herramientas, ni mis padres sabían cómo tratar el problema, ni yo tampoco, pues a los dos días volví al colegio”, recuerda María de Quesada. Además, se reafirma en que da “las gracias todos los días de la suerte que tuvo de seguir con vida”. Aunque por aquel entonces, una vez que tuvo lugar todo aquello, su sufrimiento no desapareció, sino que duró durante muchos años más.

Era el momento de someterse a las manos de los especialistas de la salud mental. Su primera experiencia con el psiquiatra, no fue del todo gratificante. “No me ayudó tanto como yo pensaba, me mandó unas pastillas, que las dejé de tomar”. No hacía efecto nada, tampoco tenía nada diagnosticado, no manifestaba ningún trastorno, pero ese dolor interno paseaba agarrado de la mano de ella. Los años pasaban y ella no manifestaba ningún cambio. Todo parecía seguir igual.

Entonces, ya entrado en los veinte años, empezó a cobrar sentido todo lo que en su día vivió. “Me di cuenta de que yo no estaba bien, que arrastraba muchas inseguridades y poca confianza en mí misma, que venía de mi intento de suicido”. Todo ese tiempo pasado parecía que estaba cobrando forma, lo que le permitió verbalizar todo lo vivido hasta entonces. “Ahí sí que fui a un psiquiatra, quien me atendió durante tres años. Ahí fue donde empecé a trabajar ese afecto de mi vida”. El amor propio comenzó a brotar poco a poco, pero se lo tuvo que ganar a base de esfuerzo y trabajo personal.

María de Quesada guardó sus vivencias en un cajón, que quedó cerrado a cal y canto. No lo quiso recordar, ni compartir con nadie. Esto fue un secreto entre ella y nadie más.

Pero lo que nunca se esperó era que iba a escuchar algo parecido a lo que ella vivió a sus 15 años. Esto, que ocurrió en 2017, hizo que ella se volviera a enfrentar a su pasado. “Yo estaba en una formación de yoga en Estados Unidos y allí, un chico compartió una experiencia muy similar a la mía. Un intento de suicidio”, rememora. A más de siete mil kilómetros, la distancia que hay entre Valencia y los Estados Unidos, de Quesada no se imaginó que escucharía algo parecido en medio de una clase de yoga. Sorprendida quedó, ya que se vio reflejada por ese chico. Sus emociones la agitaron, tanto que “en ese momento me quedé callada y con esa sensación de quererlo contar”.

No dijo nada, pero en su cabeza quedó todo guardado. Las palabras del compañero le sirvieron para “sacarlo a la luz y no dejarlo tapado”. Además, afirma que “fue cuando lo empecé a compartir con mi pareja con la que llevo 15 años y con la que tengo dos hijos. Hasta entonces, él no sabía nada”. Su intento de suicidio residía en un mundo paralelo del que apenas nadie conocía al respecto.

María asegura que han sido “años de descubrimientos”. Ahora a sus 40, comprueba y reafirma que es “otra persona”. Su gran esfuerzo ha conseguido que se ponga “en la piel de las personas que se han sentido como yo y puedo sentir ese dolor profundo que te hace creer que no perteneces a este mundo porque no te mereces vivir aquí”. Pensamientos del pasado, que le acompañará para toda la vida, pero que ha dado un giro de 180 grados: “todas las personas somos necesarias, estamos aportando algo, somos imprescindibles en el mundo”.

**Ladillo:** “... estos lodos”

A María de Quesada se le ocurrió una idea. Su experiencia en suelo americano, le sirvió para dar forma a un proyecto. Por un lado, su libro, que llevará el nombre de ‘La Niña Amarilla’ y que verá la luz el próximo mes de septiembre, cuando tiene lugar la celebración del día mundial para la prevención del suicidio. Entre sus páginas contará su intento de quitarse la vida junto a las vivencias de otros que pasaron por lo mismo. “Yo sé que soy una más de entre miles, incluso de millones de personas que tienen experiencias de conducta suicida”, expresa.

Por otro lado, y en pleno periodo de confinamiento causado por la pandemia de la COVID-19, de Quesada creó una página web con el mismo nombre que su libro. Estaba

dando forma a un proyecto, que por un momento se pensó que iba a ser algo pasajero, pero que realmente llegó para quedarse. A través de esta página, recibió “mensajes de otras personas que querían compartir su testimonio en el libro”. Además, contó con la cobertura de algunos medios de comunicación, como la televisión local de Valencia, incluso pasando por la prensa.

Lo que no pensó nunca era que iba a tener una cálida acogida su libro. “Pensaba que iba a ser unos 10 testimonios, pero al final se ha convertido en 23”, donde la mayoría, casi un 90%, son relatos de personas que lo han vivido en su adolescencia, incluso en su infancia.

La editorial ‘Penguin Random House’ publicará su obra. Toda una sorpresa para ella porque en un principio tenía pensado autoeditarla por su cuenta. María creía que “no le iba a interesar a nadie”. Y ocurrió todo lo contrario, ya que esto se convirtió en una oportunidad para ella. Su finalidad principal está bien definida. “Lo primero que quiero es cambiar la perspectiva de muchas personas, ayudarlas a que no se suiciden. Por otro, eliminar el tabú, ayudar a los supervivientes, que son también familiares de seres que se han suicidado y que llevan ese estigma tan grande en la sociedad. Se les mira y no se sabe cómo tratarlas”, comenta María. Además, lo tiene muy claro, quiere “destapar ese tabú, normalizarlo desde el amor, tratarlo con cariño porque no pasa nada por decir la palabra suicidio. No se va a suicidar nadie por decirlo”.

El dinero que se recaude, irá destinado a la asociación que lleva el mismo nombre que el libro, ‘La Niña Amarilla’, conformada por Cristina Martínez, la secretaria; Desirée Tornero, la tesorera y María de Quesada, la presidenta. Así se podrá llevar adelante talleres para la prevención, así como charlas u otros cursos que guarden cierta relación con la temática. No obstante, también se muestran partícipes de colaborar en charlas o cursos donde ellas puedan aportar contenidos y aprender a la misma vez.

Hasta el momento, solo han llevado a cabo varias actividades, así como una formación para estudiantes del último año del grado en periodismo. En este aprendizaje se abordó el asunto de la prevención del suicidio enlazando con otros temas tabúes, como son la salud mental y la depresión.

Este grupo de tres mujeres tienen ganas de promover un contenido que aún sigue sumido en el mutismo y que pasa desapercibido. El suicidio es el tema central de esta asociación

que, a través de labores periodísticas, como formativas, enseñarán, ayudarán y colaborarán para que este tema sea menos desconocido entre la sociedad.

**Ladillo:** “La misión del Periodismo”

La falta de cobertura que existe en los medios de comunicación sobre el tema del suicidio se convierte en la tónica diaria. Todavía hay ese respeto, incluso temor de hacer eco de una realidad como esta. Tal vez, por el fantasma del ‘efecto Werther’. Esto se refiere a la posible consecuencia que lleva consigo a que una persona con tentativa de quitarse la vida imite lo mismo que ha hecho otra y que aparece publicado en el periódico, radio o televisión. Pero una labor informativa, preventiva y con la máxima rigurosidad que se presta, puede que sea la garantía de que, en vez de convertir ese efecto en un contagio, sirva para evitar el mayor número de víctimas mortales.

“El suicidio no es noticia”, una afirmación que no comparte Juan Carlos Pérez, quien confía en que “esa frase vaya desapareciendo de las redacciones de los periódicos y de las televisiones y radios porque el suicidio sí lo es, hay que trabajarlo de una determinada manera, como siempre orientada a la prevención y alejándose de cualquier tentación sensacionalista-morbosa”. Pero él se reafirma en que “se puede hablar y se debe hacer”.

A comienzos del nuevo milenio, la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó ‘Prevención del Suicidio: un instrumento para profesionales de los medios de comunicación’. Esta especie de decálogo advierte de que “informar del suicidio de manera apropiada, exacta y potencialmente útil a través de medios progresistas e inteligentes puede prevenir una trágica pérdida de vidas”. A través de sus páginas, recoge una serie de recomendaciones de lo que se puede y no se debe hacer cuando se elabora una pieza sobre este tema.

Lo que sí estaría permitido, según este documento de la OMS, sería el “resaltar las alternativas al suicidio”, “proporcionar información sobre líneas de ayuda y recursos comunitarios” o “publicar indicadores de riesgo y señales de advertencia”. Por el contrario, “no publicar fotografías o notas suicidas”, “no informar de detalles específicos del método usado”, “no glorificar ni sensacionalizar el suicidio” o “no aportar culpas”.

En una actualización del 2017, este trabajo corrobora entre sus páginas que “los reportajes sobre personas que han atravesado circunstancias de vidas adversas pero que

han conseguido hacer frente constructivamente a sus pensamientos suicidas se han asociado a disminuciones de comportamientos suicidas”. Además, “otros estudios indican que las descripciones educativas publicadas en medios sobre formas de hacer frente a pensamientos suicidas pueden ayudar a reducir los comportamientos”.

En la misma línea de lo que hizo la OMS; el pasado 2020, el Ministerio de Salud con la colaboración de la Federación de Asociaciones de Periodistas en España (FAPE), la Red de Colegios Profesionales de Periodistas, la Confederación de Salud Mental en España o la Policía Nacional, entre otros más, sacó un documento bajo el nombre de “Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación. Manual de apoyo para sus profesionales”. Un escrito donde se aconseja, igualmente, de cómo abordar toda esta información y argumenta de por qué se debe hablar del suicidio en los medios.

Otro ejemplo, también sería la guía que lanzó la Agencia EFE con el objetivo de “promover una mejor cobertura informativa de esta problemática social”, que así lo recoge en una noticia publicada el pasado 8 de septiembre.

Todo esto se convierte en pequeños pasos, aportaciones que sirven para que el estigma que tiene el suicidio, desaparezca poco a poco. De manera paralela, también existen medios donde aún no dan el paso. Ni tampoco hacen referencia de este tema en su libro de estilo. Este es el caso de la Radio y Televisión de Andalucía (RTVA). “En los primeros años que comencé a trabajar, finales de los 80 y principios de los 90, el suicidio era completamente tabú”, recuerda Pedro Lázaro, quien es presidente del Consejo Profesional de la RTVA. Pero retomando nuestros días, “hasta hace poco no se ha abierto ese melón, ya que se seguía pensando que, si se informaba, podría provocar un efecto imitación y, prácticamente, todo se silenciaba”, argumenta Lázaro. En tales circunstancias, tenían muy presente las posibles consecuencias del ‘efecto Werther’.

Ahora, el debate de si hacer cobertura o no ha entrado en juego. “Al menos, se tienen más dudas, no son tan tajantes, sino que cada vez se está poniendo sobre la mesa y pidiendo un cambio en ese tipo de afirmaciones”, asegura. Porque “al igual que ocurrió con la violencia machista, tendremos que cruzar ese río para empezar a llamar a las cosas por su nombre”, apuesta Pedro Lázaro.

Y aunque este sea el tema de debate, “por ahora lo que hay son más dudas que certezas con respecto a cómo abordar este tema. La verdad es que ahora estamos un poco

huérfanos, no sabemos por dónde informar. Todavía da mucho pudor, miedo y por eso mantenemos ese conservadurismo en su tratamiento”.

Por el lado que respecta a los profesionales de la salud mental, Luís Fernando confirma que “los periodistas son una piedra angular en todo el sistema preventivo. Una buena labor divulgativa, responsable y siguiendo las recomendaciones de la OMS y de los profesionales que intentamos decir cómo se tiene que hablar del suicidio, permitirá que pongan voz a aquello que ha estado silenciado durante mucho tiempo”. Este es el momento de quitar telarañas y hacer una cobertura de calidad.

**Destacados:**

**“Los datos oficiales están infranotificados porque las cifras de suicidio son en realidad muchas más”**

**“La patología mental es uno de los factores que más incrementa la probabilidad de quitarse la vida”**

**De ahí que esta labor de prevención del suicidio se convierta en una obligación en la que se “ponga en marcha las medidas y estrategias correctas y no solamente se implique el sector sanitario, sino todos”**

**“Más o menos el 70% de las personas que se quitan la vida, lo han comunicado en algún momento”**

**“Al principio, era como si esa realidad fuese una irrealidad. Te piensas que eso no te puede estar pasando a ti. Entrás en una negación que te genera una incapacidad para entender y asumir la envergadura de un acontecimiento como el que acababa de suceder”**

**“Me di cuenta de que arrastraba muchas inseguridades, que venían de mi intento de suicidio”**

**“Destapar ese tabú, normalizarlo porque no pasa nada por decir la palabra suicidio. No se mata nadie por decirla”**

**Despiece 1:**

**Título:** Las emociones: una asignatura pendiente y desconocida entre la sociedad

**Cuerpo de texto:**

La verbalización de las emociones, expresar con palabras lo que se siente cuando se está enfadado o contento, así como otros sentimientos que pueden resultar novedosos por sus nombres, pero sí haberlos experimentados en algún momento; continúa como una asignatura pendiente a la que no se le presta atención.

El mundo de las emociones tal vez sea como ese espacio virgen, el cual está a punto de descubrirse. Intacto, sin saber nada de él.

La clave está en el que “todo a lo que sea poner palabras, ya calma bastante la angustia”, asegura la psicóloga clínica Beatriz Torres. Pero mientras esto no se lleve a la práctica, ese desconocimiento traerá consigo una serie de efectos secundarios, que se pueden traducir de dos maneras.

Por un lado, que las emociones “se manifiesten en el cuerpo y empiecen a somatizar”, como por ejemplo a través del “dolor de cabeza o con las ganas de vomitar”, explica Torres. Una segunda opción es la de “empezar a hacer actuaciones con ellas y tener explosiones de ira”. Es decir, la posibilidad de “tener ataques de impulsividad”.

Las emociones se reflejan en el cuerpo de distintas formas. Solo que ya es cuestión personal y de propio autoconocimiento si se prefiere poner en acción o darle una solución para tomarse con calma esto y así no llegar a situaciones no deseadas.

Desde edades tempranas, el planteamiento de las emociones es todo un enigma por descubrir. La educación emocional sería una posible opción para dilucidar este tema aún silenciado. “Durante mucho tiempo, el hablar del mundo emocional, parece que era cosa de intensitos. Como que era algo que se quedaba en la adolescencia, como una exaltación del mundo interno y emocional, así un poco caótico, como es el mundo de los adolescentes”, aclara Beatriz. “Y que luego, cuando se es adulto se tiene que silenciar y pensar que siempre se está bien, pese a que esto sea un error”, ultima.

No solo habría que llevarlo a las escuelas, sino que, desde las casas, también se puede trabajar. “En cualquier grupo humano en el que se esté desde pequeño, se necesita que

alguien enseñe a identificar cuando alguien está enfadado o tiene tristeza. No nacemos con una identificación, sino que lo sentimos, pero sin saber ponerle un nombre concreto”.

Beatriz Torres ejemplifica lo anterior con el sentimiento del enfado. “Si le ponemos nombre a la situación, disminuye la acción del niño, y cuando sea mayor, y reconozca que está enfadado porque le han quitado un juguete, ya no hará falta que se acerque al otro para pegarle y quitárselo”.

Todo esto se puede extrapolar a la prevención del suicidio, el cual también necesita de esto. Decir qué es lo que se siente en ese instante, relaja y así evita que las emociones lleven a realizar un acto como es el de quitarse la vida.

Las emociones, al igual que el suicidio, están metidos en el cajón oculto del tabú. Lugar que aún se tiene que desempolvar para así conocerlos.

**Despiece 2:**

**Título:** El mito, una piedra que entorpece el camino de la información y la divulgación sobre el suicidio

**Cuerpo de texto:**

Los mitos dentro del ámbito suicida, también han sido tema de debate. Algunos de ellos se han fomentado tanto que incluso se llegan a creer como si se tratasen de verdades universales. Sin reproches y sin cuestionarlos.

Los mismos profesionales de salud mental trabajan para desmentirlos. “Con el tema de los mitos, siempre digo que cualquier afirmación que lleve la palabra nunca o siempre va a ser errónea”, afirma la psicóloga clínica Esther González. En el caso de estas afirmaciones, ella aconseja de “hablar de probabilidades”.

Un ejemplo sería el siguiente que expresa esta profesional. “Es un mito decir que solo se suicidan los que padecen un trastorno psicológico. Pero mejor sería si se dice que un gran porcentaje de personas que han muerto por suicidio, tenían detrás una patología mental, lo cual no significa que todas las personas con trastorno mental piensan en el suicidio”.

También se escucha aquello de “quien lo dice no lo hace y quien lo hace no lo dice”, en referencia a aquella persona que tiene entre sus pensamientos la idea de quitarse la vida. Desde la página web de ‘Prevensuic, la cual se convierte en la primera aplicación móvil en español para la prevención del suicidio, dice que “la gran mayoría de los casos vienen precedidos por señales de alerta, a las que, en muchas ocasiones, o no se les presta la debida atención o no se banalizan. Toda amenaza o ideación debe considerarse de riesgo”.

Otro comentario que quizás se haya escuchado en algún momento es el replanteamiento de si el suicida es un cobarde o un valiente. En este caso, ‘Prevensuic’ recoge que “el suicidio no tiene nada que ver con la cobardía o la valentía, sino con el sufrimiento y la desesperanza. Más que juzgar estas conductas hay que ayudar a prevenirlas”.

Si por los mitos fueran, el suicidio no debería de estar presente en ninguna conversación ya que hablar de él “aumenta su riesgo”. Pero, según ‘Prevensuic’, “hablar del suicidio es liberador para la persona que lo piensa”. Incluso, por la parte que les toca a los medios,

hablar de este tema “de la forma adecuada sensibiliza a la población, disminuye su estigma y promueve su prevención”.

Todos estos mitos se convierten en obstáculos. Y no solo se quedan ahí, sino que sobrevuelan alrededor de los profesionales del sistema sanitario. A los que parece ser que se les considera como “invulnerables”, como si ellos estuviesen hechos de otra pasta y sus pieles fuesen de acero. De manera que no les afecta nada de lo que ocurre a su alrededor. Por ejemplo, la pérdida de un paciente o todo lo acontecido durante los meses más complicados de la pandemia de la COVID-19.

Miguel Guerrero afirma que ese mito de la “invulnerabilidad” siempre ha estado ahí, pero la realidad es que “el sistema sanitario debe poner algún tipo de recurso para poder ayudar libremente a los profesionales que se vean abocados en una situación complicada”.

## 8.2 ENTREVISTAS

**Lucas Giner: psiquiatra y profesor titular en el departamento de psiquiatría de la Universidad de Sevilla**

- **¿Puede aumentar las tasas de suicidio a causa de la COVID-19?**

Hay cifras contradictorias a nivel mundial. Por ejemplo, los datos casi a tiempo real en Japón demuestran que han subido los casos. En otros países como Estados Unidos, no han crecido. Pero en España no se sabe porque las cifras no están disponibles, ya que llevan dos años de retraso, ni tampoco ha salido ningún estudio sobre el suicidio consumando.

- **¿Hasta qué punto puede afectar la pandemia a la salud mental?**

Todos los estudios señalan que los más afectados son los menores de 40 años tanto en cuadro depresivo como en ansiedad. Esto lo puede ver en primera persona cualquiera, no hace falta un profesional que lo certifique. Además, debido a esto, hay cifras que atestiguan que ha aumentado el uso de hipnóticos para dormir, incluso los antidepressivos. En la clínica lo puedo comprobar, la gente duerme peor, está más nerviosa y preocupada por la situación.

- **¿Qué ocurre para que las cifras se mantengan en ese intervalo?**

Hay que mirarlo por tasas de 100.000 habitantes. Y realmente este es un misterio del suicidio. Las tasas se mantienen constantes en todos los países.

- **Y aunque se mantengan estos números, ¿qué se debería de hacer?**

Esto necesita de una intervención, un sistema preventivo para bajar las tasas. Hay que hacer una inversión importante de tiempo, material humano y de accesibilidad para que podamos llegar a todo el mundo y así evitar el máximo número de suicidios. A la vista está que, cuando se hacen programas de prevención, estos funcionan.

Pongo el ejemplo de las importantes campañas de tráfico que se han hecho. Estas han permitido que la gente tenga más concienciación, beban menos o que vayan más lentos. Todo ello ha hecho que la bajada de víctimas mortales en carreteras sea considerada.

- **¿Son evitables los suicidios?**

Sí, la inmensa mayoría de los suicidios son evitables.

- **¿Qué labores se deben llevar a cabo para alcanzar el objetivo de la prevención?**

Los programas preventivos de suicidio no dejan lugar a dudas de que sí se puede salvar vidas. Por ello, tenemos que tender hacia la prevención total, aunque sea más difícil, pero lo tenemos que intentar. Primero hay que ir a los no diagnosticados, luego asegurarnos de que el diagnóstico de los calificados sea correcto. El tratamiento igual, hacer seguimientos y hacer un programa de prevención de modo que, si la persona tiene riesgo de suicidio, se sepa cómo actuar.

- **¿Cuál es la clave en todo esto?**

Saber a priori atender a la ayuda y enfocar toda la atención a primaria, que son los que pueden derivar rápidamente al hospital, a psiquiatría o al centro de salud mental donde los puede atender el psicólogo.

- **¿Un suicida deja constancia previamente de sus intenciones de quererse quitar la vida?**

Sí. Sabemos que el 70%, más o menos, los días previos a cometer el suicidio, lo han comunicado de alguna forma. Ya sea a la familia o a su médico. O sea, tenemos que atenderlos. Esa frase de “quien lo dice, no lo hace” es completamente falsa. Lo que sí es cierto es que la mayoría de la gente que lo dice, no lo hace. Pero casi todos los que se han suicidado, previamente han pedido ayuda de alguna forma. Luego a posteriori te das cuenta.

- **¿Por qué hay más hombres que mujeres a la hora de quitarse la vida?**

Este porcentaje es común en los países occidentales, en oriente no. Hay varias teorías al respecto. Parece que la mujer busca ayuda antes que el varón. El intento de suicidio puede ser un tipo de petición de ayuda para que se dé cuenta la gente de lo mal que lo está pasando. El método elegido en el varón suele ser más violento, ahorcarse o tirarse por la ventana. Estos métodos tienen poca reversibilidad. Si me tomo pastillas, me da tiempo a hacer algo. Si me doy un tiro o me ahorco ya no.

- **¿Se considera el suicidio como un tabú a día de hoy?**

Sin lugar a dudas.

- **¿Qué se debería de hacer entonces para darle una mayor visibilidad?**

Sensibilizar desde los medios de comunicación. Concienciar de que hay enfermos mentales y de que el suicidio existe. Pero eso sí, los medios no pueden hacer eco de manera tan explícita de cómo murió una persona que se quitó la vida. Por ejemplo, hace unos años se produjo un caso donde una mujer se tiró desde la Giralda y algunos medios hicieron cobertura de los hechos y de cómo aconteció todo. Esto no son formas.

- **En estos casos hay que ser responsables y no caer en el amarillismo**

Una cosa es sensibilizar del problema del suicidio y otra es ensañarte con la noticia del suicidio. Es decir, el tema del suicidio en el periodismo se debe tratar desde lo científico, no desde el suceso.

**Daniel López: Psicólogo (habilitación sanitaria) e integrante de la Asociación ‘Papágeno’**

**- ¿Cuándo nace la Asociación ‘Papágeno’?**

Papágeno nace en el año 2019, siendo una pequeña plataforma donde los integrantes ya se conocían y cuyo objetivo era el de mantener el blog con información sobre suicidio. Cuando pasaron varios meses y ya se empezó a hacer las primeras intervenciones se dio el paso para convertirnos en asociación nacional en agosto de ese mismo año.

**- ¿Con qué idea se creó esta reciente asociación?**

Nosotros nacimos con la idea de darle cobertura a otras asociaciones. Pero al final, nosotros también estamos dando el mismo servicio de prevención y postvención. Además, tenemos un grupo de ayuda mutua, damos formación a los profesionales e incluso, durante una época, atendimos a personas con ideas suicidas

**- A día de hoy, ¿le dais más prioridad a alguna sección en concreto?**

Papágeno se centra ahora más en la formación de los profesionales, así como dar visibilidad al suicidio través de sus redes sociales y web. Todas las tardes tenemos un curso para facilitadores de grupos y de ayuda mutua para que ellos puedan realizar los grupos de duelo. También estamos formando y asesorando a asociaciones de personas con diagnóstico de salud mental para que puedan comunicarse con los medios de comunicación. Aquí le recomendamos con una serie de pautas, que van desde cómo tienen que hablar hasta qué es lo que se recomienda que digan.

**- ¿Qué son los grupos de duelo y de ayuda mutua?**

Un conjunto de personas que comparten un mismo tema. En este caso, el suicidio. Tenemos un grupo en Sevilla y otro en Cádiz y nos reunimos una vez al mes a través de videoconferencia. Y como ya he dicho, esto va dirigido a aquellos que han perdido a algún familiar o conocido por estas circunstancias, a los cuales también se les incluyen dentro del colectivo de riesgo. Por lo que hay que trabajar la prevención del suicidio con ellos.

- **Antes de estar al frente de un grupo con estas características, habrá una formación previa.**

Hay que ser responsable para crear este tipo de grupos o asociaciones, puesto que las personas que lleven a cabo este trabajo, deben estar capacitadas y formadas con conocimiento de causa. Por ejemplo, yo no puedo abrir una consulta, ni ponerme en un quirófano a operar a la gente a corazón abierto, si no soy médico.

- **¿Cómo ha afectado la pandemia de la COVID-19 en el día de a día de la Asociación?**

Nosotros hemos cambiado nuestra manera de atender. Antes atendíamos a mucha más gente que ahora. Todo ello porque teníamos un servicio de WhatsApp desde la web. Entonces, ahora llama menos gente porque hemos limitado la accesibilidad. Nos llegaban casos desde Madrid, incluso de los propios servicios sanitarios.

- **¿Cómo interpreta las cifras que tenemos de suicidio en nuestro país?**

Las cifras me sirven para valorar entre comilla. Cuando se está subiendo, lo que a mí me inspira es cierta tristeza porque aún en España no tenemos un plan estatal de prevención del suicidio, siendo este el primer motivo de mortalidad por causa externa.

- **Bajo criterio personal y profesional, ya que es psicólogo, ¿cómo aprecia que se encuentra la salud mental en España?**

Lo que está ocurriendo en la Salud Mental es lo mismo que en otra especialidad. Es decir, que a los pacientes se los está tratando con amplios márgenes de tiempo y sin un seguimiento. No hay recursos necesarios para atender a toda la demanda que hay.

Esto no es algo nuevo, sino que se ha hecho visible desde la llegada de la pandemia. Pero esto hace 10 años ya ocurría. Y ya tenías que estar muy mal para que te pudieran atender al momento. Pero no solo queda ahí, sino que cuando se le pregunta por cuando tiene que volver de nuevo el paciente, se le da la cita para dentro de unos meses.

- **¿Algún aspecto más que añadir?**

Añadir que, con la pandemia, la única profesión que ha servido su oficio como voluntario ha sido los psicólogos. Y si tú demandas que quieres cobrar por el tiempo que inviertes, pues está mal visto porque socialmente parece que el psicólogo para ser bueno, tiene que ser gratuito. Y esto, por ejemplo, no ocurre con un oncólogo. En este caso, tú asocias el precio con la calidad.

**María de Quesada: periodista, presidenta de la Asociación ‘La Niña Amarilla’ y autora del libro que lleva el mismo nombre que la entidad**

**- ¿Cómo nace el proyecto de ‘La Niña Amarilla’?**

El proyecto surge de mi propia experiencia personal. Mi intento de suicidio a los 15 años, aunque se quedó enterrado de alguna manera en aquella época y no lo volví a recordar, ni compartir, ni nada con nadie. Entonces, estaba en una formación de yoga en Estados Unidos y allí, un chico compartió una experiencia muy similar a la mía. Un intento de suicidio. Yo me vi muy reflejada por su parte, pero en ese momento me quedé callada y con esa sensación de quererlo contar. Lo que veía es que necesitaba sacarlo a la luz y no dejarlo tapado porque al final está en uno mismo. La formación tuvo lugar en 2017, y fue cuando lo empecé a compartir con mi pareja con la que llevo 15 años y tengo dos hijos. Hasta entonces, él no lo sabía. O sea, algo muy increíble. Tampoco lo hice con mis amigas. Nadie estaba al corriente de este capítulo de mi vida. Aquí es donde me di cuenta que quería hacer algo más porque compartirlo está muy bien, te libera de alguna manera, algo muy sanador, pero tenía que hacer algo con todo esto.

**- Entonces, digamos que esa clase de yoga fue la que abrió las puertas a todo este proyecto y a que pudiera contar su intento de suicidio.**

Fue ahí cuando empezó a surgir la idea de hacer un libro, donde podría escribir mi historia junto con otras porque sé que soy una más de miles, incluso millones de personas que tienen experiencias de conducta suicida en el mundo. A partir de ahí, y durante el confinamiento creé una web, y empezaron a llegarme rápidamente mensajes de personas que querían compartir conmigo su testimonio en el libro, me hicieron un reportaje en la televisión local de Valencia, me sacaron en prensa y con esto permitieron dar más visibilidad. Me llegaban más testimonios y lo que pensaba que iba a ser unos 10 testimonios, pues al final han sido 23 y podrían haber sido muchos más. Pero claro, tenía que parar en algún momento.

- **Tuvo buen recibimiento su proyecto.**

Todo fue muy rodado. No me imaginaba que esto iba a tener tanto interés. Además, la editorial me contactó a las dos o tres semanas de lanzar la web y se interesaron. Yo a ellos les mandé mi historia, que era la única que tenía escrita en esos momentos, ya que empecé por la mía.

- **¿Qué ocurrió cuando la leyeron?**

En un principio, tenía pensado autoeditarlo porque no le iba a interesar a nadie, pero cuando me dijeron que querían publicar el libro, fue toda una oportunidad porque así podrá llegar a más personas.

- **¿Cuál es su objetivo con este libro?**

Mi idea con esto es que se produzca el efecto Papágeno a través de testimonios reales. Que la gente sepa que hay una salida, que no es la muerte, y que pueden pedir ayuda.

- **La mayoría de experiencias recogidas en este libro son de personas jóvenes.**

El 90% de las historias son de personas que lo han vivido en su adolescencia, incluso en su infancia. O sea, más difícil aún, puesto que ellos tienen toda una vida por delante.

- **¿Tiene fecha de lanzamiento?**

El libro ya está escrito, entregado a la editorial y en septiembre de 2021 saldrá publicado, coincidiendo con el mes de la prevención del suicidio. Los beneficios irán destinados a la Asociación que acabamos de crear, que se llama igual que el libro, 'La Niña Amarilla'.

- **¿Quiénes conformáis la Asociación?**

La he formado con dos compañeras más, Cristina Martínez, que es la secretaria. y Desirée Tornero, la tesorera. Todas somos periodistas.

- **Además de su libro, ¿qué otras actividades realizáis desde ‘La Niña Amarilla’?**

Veía que el libro era una parte muy importante porque arrancaba este proyecto, pero me surgía la idea de hacer más cosas. Y como nuestra labor social está en el periodismo, le hemos añadido la prevención del suicidio y cómo tratar este tema desde los medios de comunicación.

Por el momento hemos hecho dos talleres, uno en la Universidad de Periodistas de Valencia y luego otro en la Universidad Cardenal Herrera de Valencia. Una formación para estudiantes de cuarto de periodismo, donde hablé de la prevención del suicidio enlazando con otros temas tabúes, como es la salud mental o la depresión.

- **¿Y de cara al futuro?**

Con el dinero que recaudemos del libro, quiero desarrollar la prevención del suicidio a través de talleres, charlas o cursos. Todo lo que podamos hacer con la idea de formar a periodista. También, queremos participar en cualquier tipo de eventos, charlar donde podamos aportar y aprender a la misma vez

Nuestra idea es ir paso a paso porque todo a la vez es imposible. Nos gustaría promover la prevención del suicidio en diferentes ámbitos sociales, como es la parte de salud mental, la educación o la parte familiar.

- **A comienzos de esta entrevista, comenta que todo esto nace gracias a su relato personal, al intento de suicidio llevó a cabo en la adolescencia. ¿Cómo se recuerda en aquella época?**

Esto ocurre en el año 1995 y si lo contextualizamos, en aquella época la manera de expresar era distinta, no había redes sociales, no había sitios donde desahogarse. No es como ahora, que los adolescentes compartes muchas cosas de su interior. En mi caso, no compartía nada con nadie, me lo comía sola.

Yo fui una niña muy sensible, siempre lo he sido y lo sigo siendo. Entonces, yo de pequeña empecé a sentir que molestaba de alguna manera. Esa era mi manera de ser. Además, en mi casa, mi padre tenía depresión. Esa experiencia de ver a mi padre enfermo, sus actitudes y comportamientos me afectaban porque pensaba que era yo la que

molestaba. Me culpaba de una manera o de otra. Y luego, todo esto en la adolescencia explotó porque empecé a sentirme muy poca cosa.

- **¿Qué ocurrió entonces?**

Empecé a dudar de mi valía, mis actitudes, cuando yo era una niña estudiosa, que no tenía ningún problema. Mis amigas. Aparentemente, no había nada en mi vida que pudiera desestabilizarme o causar algún problema. Pero mi sufrimiento era interno, no era externo.

- **¿Es aquí cuando comenzó a cuestionarse sobre su propia vida?**

Sí. Al final, exploté y realmente sentía que molestaba a mi familia. Y lo mejor era quitarse de en medio, ya que no me merecía vivir. Era una ausencia de merecimiento, una ausencia de amor hacia mí misma.

- **Después de su intento de quitarse la vida, ¿qué pasó?**

Después de mi intento de suicidio, tampoco mejoró la cosa porque realmente, como no teníamos herramientas, ni mis padres sabían cómo tratar el problema, ni yo tampoco, pues a los dos días volví al colegio. Tuve la suerte de vivir, y doy las gracias todos los días. Pero continué muchos años sufriendo porque me llevaron a un psiquiatra que no me ayudó tanto como yo pensaba, me mandó unas pastillas, que luego las dejé de tomar. No tenía nada diagnosticado, no tenía ningún trastorno.

- **¿Entonces?**

Yo creo que era un cúmulo de experiencias no digeridas y entonces, todavía diez años después, a los veinte y pocos me di cuenta de que yo no estaba bien, que arrastraba muchas inseguridades y poca confianza en mí misma, que venía de mi intento de suicidio, y entonces ahí sí que fui a un psiquiatra, quien me atendió durante tres años. Ahí fue donde empecé a trabajar ese afecto de mi vida.

- **¿Cómo han sido todos esos años?**

Años de descubrirme, y ahora que tengo cuarenta compruebo que soy otra persona. Pero ha sido mucho trabajo y ahora me puedo poner en la piel de las personas que se han sentido como yo y puedo sentir ese dolor profundo que te hace sentir que no perteneces a este mundo porque no te mereces vivir aquí. Cuando es todo lo contrario, todas las personas somos necesarias, estamos aportando algo, somos imprescindibles en el mundo. Sino no hubiéramos nacido.

- **Sin duda, ‘La Niña Amarilla’ ha sido toda una oportunidad para cerrar una etapa que tenía guarda en su interior, ¿no?**

Estoy agradecida al libro y al proyecto porque me ha permitido sanar esa parte difícil de mi vida. Para mí ha sido el ver que mi historia es una más, el darme cuenta de que no soy la única, sino que somos muchas las personas que hemos pasado por ahí o vamos a pasar o estamos pasando y que, por el bien común que es mucho mayor a mi propia persona y experiencia, sentía que debía hacerlo. Y que de yo haber sufrido tanto en mi infancia y adolescencia, eso ya había ocurrido y no lo podía cambiar, pero lo que sí podía era el cómo verlo a partir de ahora, gracias a la creación de este proyecto. Además, lo que ocurrió entonces lo he vuelto a hablar con mi madre, lo que ha sido toda una oportunidad.

- **Con este proyecto y su relato personal hace que este tema sea un poco menos tabú en la actualidad.**

Lo primero que quiero es cambiar la perspectiva de muchas personas, ayudarlas a que no se suiciden. Por otro lado, eliminar el tabú, ayudar a las personas supervivientes que son también familiares de personas que se han suicidado y que tienen ese estigma tan grande en la sociedad. Se les mira y no se sabe cómo tratarlas. Pues todo eso, destapar ese tabú y normalizarlo desde el amor, tratarlo con amor y cariño porque no pasa nada por decir la palabra suicidio. No se va a suicidar nadie por decirlo. Pero si nos callamos, no vamos a decir nada.

- **Si hay algún lector que, cuando lea este trabajo, está pasando por la misma situación que pasó usted, ¿qué le diría para dar un paso y avanzar alejarse de esos pensamientos suicidas?**

No está solo, eso es un engaño de la mente. La mente nos crea esas barreras y bloqueos. La realidad es que todas las personas tenemos, aunque sea a una sola a quien recurrir y que nos va a ayudar y apoyar desde el amor. Entonces, desde ese punto de vista de no estoy solo, te da la fuerza para ir a pedir ayuda y compartirlo. Porque cuando tu estás de verdad solo y no lo compartes, es cuando la bola se hace más grande y entras en el peligro de esa espiral que te lleva a lo más oscuro, pero si lo compartes se hace más liviano, más ligero porque ya no es solo una cosa que llevas tú internamente, sino que lo has compartido y esa persona pues está al corriente de cómo te sientes. Es muy importante que lo compartamos y le diría que no debe de tener miedo, que no está solo y que piense en una sola persona con quien lo pudiera compartir para poder ayudarlo a salir de ahí porque se puede salir. El ejemplo somos las muchas personas que lo hemos pasado y hemos salido. Lo que no tiene solución es después de suicidarse, el dolor que se queda y deja. Pero cuando estás vivo, tienes la oportunidad de salvarte a ti mismo y por esa salvación pasa también el pedir ayuda porque solo no podemos. Eso lo tengo clarísimo, una persona sola con esto no puede.

- **Bajo su punto de vista profesional como periodista, ¿cada vez son más los medios de comunicación que se interesan por este tema?**

Observo pasos hacia delante en el sentido de que cada vez hay más consciencia, y los medios de comunicación entienden y saben que la OMS lleva recomendando que los medios participen en la prevención del suicidio, contando y hablando de este tema de la manera más adecuada posible. Además de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, recientemente el Ministerio de Sanidad también publicó y la agencia EFE creó las suyas propias. Eso me causa satisfacción y entonces, veo cosas positivas en ese aspecto, un avance, pero es cierto que aún hay mucho por hacer.

- **Parece que se escribe algo más, pero, ¿cuál es la calidad de esas noticias?**

Veo noticias todos los días, y puedo decir que un 80% están mal comunicadas: revelando el método, si había nota suicida, datos que no interesan o el lugar. En fin, aspectos de la

noticia que no deben contarse. También, se dejan atrás las líneas de ayudas o las señales de alarma. En definitiva, aspectos que los medios de comunicación podemos incluir en esas noticias para ayudar a estas personas, que cuando lean esto tengan un recurso de ayuda.

- **Desde la Asociación, ¿hacéis algo para que estas noticias se corrijan?**

Más que criminalizar a esos medios, que no se preocupan por el tema y lo comunican de la manera que saben que no es la correcta, lo que hago es a título individual y asociación es escribirles para que no lo vuelvan a hacer. Esta también es una labor nuestra para aportar las recomendaciones a estas redacciones de medios. Debemos reeducar a los profesionales del periodismo, los que ya estudiaron y no se les enseñaron y a los nuevos.

- **¿Surte efecto?**

Eso no depende mí. La idea es compartirlo para que ellos sepan que esa realidad existe.

- **¿Qué criterios recomiendas, desde la Asociación, para cuando se tenga que escribir alguna pieza periodística?**

Lo primero que hay que saber es cuando se puede comunicar de un suicidio y cuando no.

- **¿Cuándo se debe hacer?**

Un suicidio se comunica cuando el personaje es público. También, un suicidio se comunica cuando afecta a algo público. Por ejemplo, cuando tiene lugar en la vía pública. Y, por último, en caso de que esté relacionado directamente con algún tema de interés social. Es decir, relacionarlo con temas de salud mental, acoso, abuso, violencia de género. Hay un montón de temas sociales con los que el suicidio está relacionado directamente y creo que es necesario abordar y mencionarlo en ese contexto. Aquí el sujeto de la información no sería el suicidio, sino el problema social.

- **¿Y cuándo no se puede hacer?**

Lo anterior sería cuando se puede publicar, pero también hay que tener en cuenta cuando no. Por ejemplo, no hay muchas noticias en España, pero sí en América del Sur, que se habla de cuando la policía salva o consigue que alguien no se suicide. Pues esto no se recomienda comunicarlo en los medios porque no aportan nada nuevo. Esa labor es parte de las fuerzas de seguridad y si el objetivo de la noticia es elogiar a las fuerzas de seguridad, pues no estamos cumpliendo con los criterios informativos de prevención del suicidio. Entonces, obviamente, nos parece fenomenal que las fuerzas de seguridad lo hayan hecho, pero no es el objetivo de la noticia.

Tampoco se informan de aquellos suicidios de personas que no son públicas. No es de interés general. En el caso que se comunique, entramos en la rama de cómo se debe informar, que aquí habría que seguir las recomendaciones de la OMS.

- **¿Algún aspecto más a tener en cuenta?**

Sí. Me parece importante una cosa. Y es que no solamente tenemos que hablar de suicidio en los medios cuando ocurre uno, sino que también podemos tratarlo como un aspecto de la sociedad que sigue ocurriendo y que lo podemos abordar desde el aspecto de informar a la población. De los datos que hay, como por ejemplo de las últimas estadísticas de 2019.

La idea es que la gente sepa que esto existe, y si no se hace, no se tendrá ni idea de que mueren más de 3.000 personas al año por suicidio. Hay tantos temas, como por ejemplo que los hombres son el triple que las mujeres. Incluso, que las víctimas de personas que han muerto por suicidio son muy importantes para esta labor porque así también se puede contar esta realidad. Esto lo que va a hacer es disuadir a la población que esté pensando en quitarse la vida.

- **Por último, ¿el suicidio sigue considerándose como un tema tabú?**

Sí, pero cuando hablamos un poco más de ello, lo es menos. Necesitamos darle visibilidad para que la gente conozca que este problema existe y que todas las personas somos parte de la solución. No solo como periodistas, psiquiatras, políticos o psicólogos, sino todas las personas podemos ser parte de la solución. Pensamos que esto no nos ocurrirá ni a

nosotros, ni a nuestro alrededor, pero si se ve los números, le puede tocar a cualquiera.  
Creo que, si concienciamos y lo hablamos, mejor.

**Luís Fernando López Martínez: psicólogo general sanitario, psicoterapeuta y autor de ‘Duelo Autolesión y Conducta Suicida: Desafíos en la era digital’**

**- ¿Considera que el suicidio es un tabú en la sociedad a día de hoy?**

El suicidio todavía sigue siendo un fenómeno social y un fenómeno sanitario tabú, que continúa estigmatizado en muchas sociedades y que todavía cuesta hablarlo de forma abierta en algunos espacios. No solo me refiero a los sanitarios, sino también en los espacios educativos, en la esfera poblacional comunicativa en general.

En nuestro país no tenemos una cultura de la muerte, no hay una cultura de poder hablar de la muerte de forma abierta. Por lo tanto, esto impide que se trate temas como el suicidio. En este sentido, evidentemente, hablar de la muerte o del suicidio aún sigue siendo un tema tabú.

**- Pese al silencio que existe alrededor de estos temas, ¿hay indicios que dejen ver que se aborde más que antes en la esfera pública?**

Evidentemente, hace unos años que la dinámica sanitaria y social está evolucionando hacia una visualización de los procesos de salud mental, lo que se está haciendo es hablar de conducta suicida y al hacer esto, podemos hablar de la muerte y de los procesos que pueden llevar a la muerte. Y, efectivamente, como bien indica en los últimos años ha habido una proliferación de espacios y agentes sociales de prevención y sanitarios, además del mundo de la comunicación que empieza a darle voz al suicidio, como un problema de salud pública.

**- ¿El suicidio se puede prevenir?**

Hasta cierto punto, el suicidio es prevenible. Esto conlleva a que se debe de tener políticas de prevención, políticas de salud pública adecuadas, recursos humanos, materiales para dar la atención sanitaria y salud mental que necesita la población. Podemos prevenir patologías mentales, como son la depresión o la ansiedad, los trastornos de estrés postraumático, los trastornos de la personalidad, alimenticios, que pueden ser y que son trastornos conmovidos a la conducta suicida.

Todos los agentes sociales reúnen esfuerzos para que el suicidio sea una conducta que se pueda prevenir. Lo correcto sería una buena labor comunicativa, formar a los

profesionales, los educadores, las familias en la detección temprana. En fin, en alertas que se pueden identificar cuando una persona está pasando por determinados problemas de salud mental o que tenga dificultades a lo largo de su vida, que pudiesen dar lugar a una ideación o planificación autodestructiva, como puede ser el abuso de alcohol o estupefaciente.

El suicidio es prevenible hasta cierto punto, pero necesitamos ver políticas públicas, que una los aspectos sanitarios, educativos, sociales y los aspectos de acogimiento para dotar de recursos humanos y materiales esta iniciativa.

- **La prevención es clave para salvar vidas.**

La prevención es lo más importante del proceso sanitario, es vital. Tenemos que tener estrategias de prevención para generar un buen colchón de seguridad.

Prevención desde el sistema educativo, a través de los medios de comunicación o Instituciones. Y cuando nosotros tengamos que intervenir es por la vulnerabilidad que la persona sufre porque la prevención no es eficaz.

El vínculo más cercano a las víctimas, es decir, los familiares o amistades, también son fundamentales para la detección de la conducta suicida.

- **Nuestro sistema sanitario, en concreto el de salud mental, ¿está capacitado o reforzado lo suficiente para ello?**

El sistema de salud público y privado, si hablamos de las personas, de los profesionales en el ámbito de la salud mental, tienen la preparación suficiente. Tenemos un grupo humano, un grupo de recursos humanos muy formado en el aspecto de salud mental. Los profesionales públicos están cualificados en el acompañamiento de personas con problemas de salud mental.

- **¿Qué ocurre para que no haya un Plan Estatal de Prevención del Suicidio en nuestro país?**

Sí que ha habido varias iniciativas de promulgar estrategias de prevención del suicidio, pero que han quedado en estancadas, solo en el desarrollo parlamentario. Pero es cierto que, al ser problemas de salud mental, se ha ocultado, silenciado y el no hablar públicamente

de estas cuestiones ha retrasado muchísimo el alcance. Esto se tiene que realizar para visibilizar que esto no es un problema que ha llegado nuevo, sino que es muy antiguo, tan antiguo como el mundo.

- **No existe a nivel nacional, pero, ¿existe a nivel comunitario un programa de prevención?**

Por ejemplo, 'Código 100' es un programa que lleva a cabo el SUMA 112, pero esto es un programa de intervención inmediata a tentativas por suicidio. Después, Comunidades Autónomas como Castilla la Mancha o País Vasco sí que los tienen.

En determinadas Comunidades Autónomas está desarrollado un plan de prevención de la conducta suicida, pero a nivel comunitario, ya que su sistema sanitario tiene las funciones y garantías. Pero, los tienen desarrollado y fíjate, que extraño que tenemos más de cinco planes y ninguno a nivel nacional. Esto es un sinsentido.

- **¿Qué importancia tendría un plan nacional?**

Estos planes lo que ponen de relieve es la importancia que tiene los profesionales, ya que estos los toman de referente para nuestras prácticas diarias y las incorporamos en nuestro trabajo. Por ello, la importancia de tener un plan nacional de prevención del suicidio porque uniría nuestras estrategias de intervención. Es decir, tendríamos una especie de protocolo que no marcará diferencias entre comunidades.

- **Nos centramos ahora en las cifras. Recientemente, la Fundación Española para la Prevención del Suicidio sacó las de 2019. En total fueron 3.671 víctimas mortales, aumentando su número si se compara con 2018. ¿Qué interpretación se puede hacer de esto?**

En líneas generales, que tengamos una muerte más que el año pasado significa que las estrategias que tenemos aún son insuficientes para poder asumir tal cantidad de incidencia y de muertes.

Estos datos están infravalorados. Es decir, en realidad son muchas más que las que se ofrecen en cifras oficiales. Porque habrá muchas más muertes por suicidio que estén relacionadas con accidentes de tráfico o precipitaciones que se han considerado como un accidente. Las cifras están infravaloradas, pero, aun así, ya son altas.

- **¿Se podría considerar que existe un perfil de suicida?**

Cada persona es única al igual que lo son sus circunstancias propias. Por eso, los factores de la conducta suicida son multivariacional, ya que nos encontramos con muchas variables que motiva a que la conducta se desarrolle en el tiempo.

- **¿Qué quiere decir?**

La conducta suicida es un continuo, que se desarrolla en el tiempo. Desde la ideación hasta el suicidio consumado.

Una persona que mantiene la conducta suicida, lo que sí tiene seguro es un nivel de desesperanza y de dolor, que no puede canalizar por otro modo. No encuentra un alivio, una regulación emocional en la sociedad. No encuentra un acompañamiento quizás, una falta de comprensión, una falta de esperanza y lo lleva a desencadenar una ideación suicida como el único medio válido para dejar de sufrir. Pero este pensamiento está distorsionado por dos matices. Uno, por creer que su sufrimiento nunca va a acabar y dos, por pensar que sus familiares, amigos van a estar mejor si él o ella no se encuentra en el mundo.

Por lo tanto, el perfil, si tuviésemos que hablar de un perfil, que no es así, es una persona con un nivel de sufrimiento muy elevado; que piensa que su sufrimiento nunca va a terminar, que posiblemente o con probabilidad, ha tenido algún problema de salud mental del tipo depresión o algún trastorno de la personalidad, que carece de suficiente apoyo social. Que, además, se presentan factores de riesgo en la dinámica vital que ha tenido, conllevando todo a una suma de factores que afectan a la ideación suicida.

- **Los hombres consuman el suicidio tres veces más que las mujeres y ellas lo intentan tres veces más que ellos.**

Entre las cifras encontramos la paradoja del género, ellos utilizan medios más mortalmente lesivos e inmediatos y, por lo tanto, consuman más el suicidio. Esto hace que por cada tres mujeres que lo intentan, muere un hombre.

- **¿Perdemos de vista que los jóvenes también se suicidan o es que en España tenemos unos registros bajos si lo comparamos con otros países de nuestro entorno?**

Las cifras de suicidio juvenil son muy altas. Es la segunda causa de muerte en jóvenes de entre 15 y 29 años, después de la patología oncológica.

Factores como las nuevas dinámicas de vida, la falta de regulación emocional, las nuevas vinculaciones de apego, la falta en la educación, de afrontamiento a la adversidad, conocer las emociones, hacer un buen uso de las redes sociales conllevan a una inadecuada atención dentro de los procesos de salud mental. La detección tardía de los problemas puede desembocar en que un chico o una chica se refugie en una conducta autodestructiva o incluso, una ideación suicida.

- **¿Cómo ha afectado la pandemia de la COVID-19 en la salud mental?**

La demanda en la atención psicológica ha aumentado mucho, de forma exponencial en esta pandemia. Hay muchas personas que vienen con sus carencias, que tienen muchos problemas de trastorno del ánimo o del sueño. Todo esto generado por la incertidumbre en la que vivimos.

Los esfuerzos sanitarios han hecho todo lo posible para reducir el alto número de personas contagiadas por la COVID-19 y así salvar vidas. Pero la atención a la salud mental, ya venía herida porque le faltaba muchos recursos humanos y materiales para atender las necesidades en salud mental de la población.

La COVID-19 lo que ha hecho, en el sentido positivo, es poner en relieve la importancia de la salud mental, pero, por otro lado, ha incrementado los problemas que venían ya previamente a la pandemia. Es decir, una falta de recursos humanos y materiales.

La pandemia ha generado estados emocionales que han incrementado procesos mentales tan graves como la depresión porque no se han podido atender adecuadamente. Más que nada por la falta de recursos humanos y materiales, pero también porque estos problemas ya venían de antes.

- **¿Con esta situación puede aumentar los casos de suicidio?**

Estos problemas podrían desembocar en una mayor ideación suicida, pues ya lo veremos en los datos, pero todo parece apuntar que, si no ha tenido demasiada atención a los procesos de salud mental, no ha habido un adecuado acompañamiento, acogimiento, un buen sostén social y sanitario para aquellas personas que tienen un sufrimiento tan elevado, pues la ideación suicida estará presente. Veremos los datos. Quiero confiar que no sean así, pero es posible que aumenten.

- **¿Cómo se podría desmentir la teoría o mito de que “detrás de un suicido se encuentra una enfermedad mental”?**

Hay, quizás, un malentendido en el sentido de que no toda persona que se suicida tiene un previo problema mental. Muchas personas no lo tienen, solo que hay un nivel de desesperanza vital tan elevado, que conlleva al suicidio para poner fin a su dolor. Sí es cierto que, en muchos suicidios, cuando se les realiza la autopsia psicológica, se observa que hay problemas psicopatológicos, como puede ser la depresión.

- **Con respecto a la depresión, se espera que en los próximos años se convierta en la principal causa de discapacidad en el mundo. ¿Se está preparado para prevenir este problema de salud mental?**

Es cierto que la depresión, en el futuro, se estima que vaya a ser la enfermedad más incapacitante. Y en este sentido, si no atendemos a los problemas de salud mental, ni tampoco a las necesidades vitales de la población, haciendo un buen colchón de seguridad de regulación de las emociones, acompañamiento de recursos humanos o políticas de prevención de la salud mental llevará al detrimento de determinadas gestiones vitales en la población.

- **Si esto lo extrapolamos al suicidio, ¿qué ocurrirá?**

Si no se aborda adecuadamente de una forma preventiva, no se interviene para darle solución; es posible que estas personas busquen en la muerte una solución a sus problemas. Por tanto, aumentarían las cifras de suicidio.

- **En la última parte de esta entrevista, me gustaría hacer referencia de su nuevo libro, “Duelo, Autolesión y Conducta Suicida: Desafíos en la era digital”. ¿Qué papel revelador deja entrever que tienen las nuevas tecnologías, las tecnologías de información y comunicación en la conducta suicida, la autolesión y el duelo?**

Las nuevas tecnologías, sobre todo las redes sociales, son una pantalla digital donde se expresa las carencias, las necesidades, emociones o los deseos. También los deseos de muerte a través de un medio donde se sienten libres de expresar lo que les ocupa sin el estigma/tabú, sin señalar un contacto presencial en el que se ven silenciados. Es decir, todo el silencio que hay en lo presencial, no existe en lo digital. Ese silencio que encuentran en el contacto, donde no se sienten recogidos, lo vuelcan dentro de lo digital. Es como una crítica a nuestro contacto presencial, qué ocurre con él, que no sabemos acompañar a una persona que sufre y que necesita recurrir a las redes sociales para poderse sentir libre para expresar lo que quieren.

- **Además de redes sociales, ¿qué papel fundamental están llamados a tener los medios de comunicación para hacer un buen tratamiento del suicidio, que no caiga en el amarillismo?**

El papel que tienen los periodistas es servir de altavoz. Ellos son una piedra angular en todo el sistema preventivo. Una buena labor divulgativa, responsable, concienzuda, y siguiendo las recomendaciones de la OMS y de los profesionales que intentamos decir cómo se tiene que hablar responsablemente del suicidio, permitirá que pongan voz a aquello que ha estado silenciado durante mucho tiempo.

- **Recojo una frase que aparece en su nuevo libro: “el suicida no desea morir, lo que anhela en lo más profundo de su ser es vivir”, ¿qué quiere decir con ella?**

Después de muchos años tratando con personas que han tenido ideación suicida, que intentan o han intentado poner fin a sus vidas de una manera autoinfligida, he llegado a una conclusión con esta frase. Y es que el suicida no desea morir, lo que anhela en lo más profundo de su ser es vivir. Y si una persona que piensa en el suicidio, que piensa en matarse para acabar con ese sufrimiento, precisamente, lo que más le caracteriza es la ambivalencia entre la vida y la muerte. Es su deseo de morir para encontrar vida a través

de su muerte. Es decir, el suicida no quiere morir, busca la muerte para dejar de sufrir, ya que lo que busca en lo más profundo de su ser es vivir.

**Pedro Lázaro Gómara: periodista y presidente del Consejo Profesional de RTVA**

- **¿Cuándo se empieza a hablar de suicidio en la RTVA?**

En los primeros años que comencé a trabajar, finales de los 80 y principios de los 90, el suicidio era completamente tabú. Y hasta hace poco no se ha abierto ese melón, ya que se seguía pensando que, si se informaba, podría provocar un efecto imitación y, prácticamente, todo se silenciaba.

- **¿Puede estimarse alguna fecha?**

Quizás este debate se abrió con la crisis de 2012 y 2013, cuando los temas de suicidios económicos empezaron a acumularse. Personas a las que desahuciaban y antes de que se produjese el desahucio, se quitaban la vida. Entonces, fue cuando se creó un cierto debate de cómo informar sobre estos temas.

- **Entonces, ¿qué diferencia encontramos entre el día de hoy y cuando entró en Canal Sur?**

La diferencia desde entonces con el día de hoy es que ahora hay debate, que ya es algo. Antes, todos teníamos interiorizado que esto era un tema que no se mencionaba. Pero, sin embargo, a raíz de la crisis de 2012 y 2013, ese debate está yendo a más. Al menos, cada vez se tienen más dudas, no son tan tajante, sino que cada vez se está poniendo más sobre la mesa y pidiendo un cambio en ese tipo de informaciones.

Yo creo que ese es el principal avance que se ha producido en los últimos años, que el tema era tabú y que nadie se preocupaba de esto y ahora se le está echando una mirada para intentar darle cabida. Porque al igual que ocurrió con la violencia machista, tendremos que cruzar ese río para empezar a llamar a las cosas por su nombre. Pero todavía, es muy complicado. Y, sinceramente, no recuerdo una información en Canal Sur que haya utilizado esta palabra.

- **¿Hay más dudas o más certezas?**

Hay más dudas que certezas con respecto a cómo abordar este tema. La verdad es que ahora estamos un poco huérfanos, no sabemos por dónde informar. Pongo el ejemplo de la violencia de género. Desde el Consejo Profesional de Canal Sur, cuando se puso este

tema sobre la mesa, lo primero que se hizo fue crear un manual para tratar de ayudar a los profesionales en cómo informar sobre ello. Así que se creó una serie de reglas para saber de qué manera se tenía escribir estos asuntos.

- **¿Y cuándo ocurrirá con el suicidio?**

Aún estamos lejos de que llegue a un consenso ese debate porque no sabemos cómo meterle mano a este tipo de temas. Y la empresa no está por la labor porque continuamos con el miedo de llamar a las cosas por su nombre.

- **¿Por qué ese miedo?**

Porque no sabemos si el tratamiento es acertado o no. Entonces, ante ese tipo de dudas, los periodistas somos un poco conservadores. Son temas muy sensibles que, por encima de todo, se trata de no herir ni provocar dolor. Al menos así lo entendemos desde una televisión pública. Aún nos preocupa que siga ese efecto contagio. Todavía da mucho pudor, miedo y por eso mantenemos ese conservadurismo en su tratamiento.

- **¿Aparece reflejado algo sobre el suicidio en el libro de estilo de la Radio y Televisión de Andalucía (RTVA)?**

No figura nada porque es un tema que no tiene una opinión clara en este medio público. Aún nos queda un camino por recorrer.

**Juan Carlos Pérez Jiménez: “superviviente”, periodista y autor de ‘La Mirada del Suicida: El enigma y el estigma’**

**- ¿Qué ha generado que el suicidio siga siendo un tema tabú en la actualidad?**

Este es un tema que incomoda en las instituciones. Y como ha habido cierto discurso de que el suicidio mejor no mencionarlo, no sea que vayamos a dar ideas, pues se ha retirado de los medios de comunicación. Ha habido una negligencia de abandono con respecto a esta cuestión, que exige una responsabilidad y una respuesta inmediata y coordinada desde distintos ámbitos sociopolíticos para que reciba la atención que merece, que es algo lleva diciendo la OMS desde hace más de 15 años. Demos al suicidio la atención que merece, ya que no la está recibiendo.

**- ¿Se le está dando una mayor cobertura y se está demostrando la importancia de la salud mental?**

Creo que, con respecto a la salud mental, hay una revolución pendiente en el ámbito mundial. Al igual que ha habido una movilización muy grande de concienciación del feminismo o de los colectivos LGTBI. Hemos tenido cambios, reivindicaciones y movilizaciones. Creo que la próxima revolución pendiente es la de la salud mental y debemos salir del armario con esta cuestión porque tiene una prevalencia enorme que afecta a la totalidad de la población mundial. ¿Quién está a salvo de pasar una crisis psíquica en un momento dado de su vida? La prevalencia de los trastornos depresivos es muy alta. Dos de cada tres personas van a tener una crisis de este tipo.

**- Aún se la sigue considerando como un tema tabú.**

Claro y creo que nos debemos, como sociedad, a una mayor atención en el aspecto psicológico. Para que así se acabe con ese resto de tabú, pudor, discurso privado y vergonzante que se percibe como una debilidad. Es algo que, con la atención adecuada, tiene una mejor solución. Y la atención adecuada no es únicamente el uso de psicofármacos. Este consumo no va a la raíz del problema y por ello hay que abordarlo de otro modo.

- **Usted sufrió la pérdida de su padre, quien se quitó la vida. ¿Cómo afrontó su familia el duelo?**

Fue muy difícil porque en el caso de mi padre, no hubo signos previos de alerta o alarma. No es como otras familias que viven con una probabilidad durante años porque antes hubo algún que otro intento, manifestación o verbalización. Al principio, era como si esa realidad fuese una irrealidad. Te piensas que eso no te puede estar pasando a ti y entras en una negación, incapacidad para entender, asumir o aceptar la envergadura de un acontecimiento como el que vivimos. Y eso duró muchos años. Fue muy difícil.

- **¿Cuándo es el momento en el que se ve preparado para escribir “La Mirada del Suicida: El enigma y el estigma”?**

Cuando pude. Pasó mucho tiempo, casi 15 años para que yo me pusiera a escribirlo. Y lo hice porque presencié lo vivido en mi familia. Inevitablemente eso sucedió y ocurre que hay un estigma que se extiende en la familia de la persona que ha muerto por suicidio. Y esa fue mi prioridad, proteger a mi familia de esa acusación velada que hace la sociedad hacia el entorno de una persona que ha muerto por suicidio. Y cuando me sentí capaz de abordar todo el dolor que suponía, me puse a ello y descubrí que había muchísimo más por decir y por hacer de lo que yo había intuido solo por mi experiencia. Incluso, algunos de esos componentes de esa experiencia, nos lo podíamos haber ahorrado.

- **¿Por ejemplo?**

No te puedes ahorrar el sufrimiento, la rabia o la sensación de culpa. Hay sentimientos que son inevitables, como la incomprensión de no poder encontrar una respuesta, una razón. Pero hay otros, como la vergüenza, que, para mí eran inevitables.

- **¿Qué le motivó?**

Por una parte, después de haber hecho mi terapia, mi duelo, también quería que lo que yo había experimentado a título personal, pudiese compartirlo con mi familia. Mi familia fue una de las grandes motivaciones para que yo me pusiera a escribir. Quería que dejara de ser un propio tabú dentro, que se pudiera hablar con los sobrinos, con las siguientes generaciones de lo que había sucedido. Abrir ventanas, abrir la conversación, que se pudiera poner en palabra las dudas, los miedos, las suposiciones, que se pudiera hablar

con una cierta calidez. Que no se quedara ahí como cuando una herida se queda enquistada. Como si esto fuese una habitación cerrada en una casa.

Entonces, yo decidí que quería luchar contra eso y hacer lo posible para visibilizar el suicidio como resultado de una afección psíquica, de un sufrimiento, malestar del que no se tiene por qué culpabilizar al entorno familiar.

- **¿Y qué pretendió con su libro?**

Yo quise hacer un libro divulgativo, accesible que pudiera interesar a todo aquel que ha tenido una experiencia personal, familiar con este asunto o a quien no la haya tenido, también. Mi intención era hacer un libro lo más divulgativo posible para darle visibilidad y acercar una realidad, que es lo suficientemente grave, incómoda e importante. Nadie se quiere ver confrontado con esta cuestión, si no es por obligación porque voluntariamente resulta muy duro.

Desde mi experiencia contribuí en lo que pudiera amortiguar, paliar los efectos de un problema que considero un problema de salud pública de primera magnitud.

- **10 años desde que vio la luz su libro, ¿percibe que la tendencia haya cambiado y ahora se escriba algo más sobre suicidio en los medios de comunicación?**

Hace cinco años o así, percibí que había un punto de inflexión y empezaba a abrirse un poco más el tema. Pero no ha sido progresivo. Continúa en el mismo punto. Ha habido y creo que esto es importante que suceda, varios amagos de legislación que no se han plasmado todavía en la realidad. Hay una última ley de salud mental que incluye un apartado de prevención del suicidio, que está propuesta desde hace más de un año por el actual Gobierno. Pero me temo que pase como en las anteriores propuestas, ya que antes las hubo también desde principios del siglo XXI. Y, aun así, teniendo el refrendo, el apoyo de todos los partidos, no se han verificado como leyes. No han pasado todos los trámites. Y esa ley de salud mental, que incluya un apartado con competencias para todas las comunidades sobre prevención del suicidio, es una prioridad. Y hasta que esto no pase, me temo que no habrá una transformación real.

- **Esto en cuanto a lo político, pero, ¿informativamente?**

Está en la mano de periodistas como tú. Yo creo que la sociedad está lo suficientemente madura, como para afrontarlo de otro modo y no estar solamente en el secretismo y el morbo. Y ya he visto evidencias de trabajos muy serios, bien hechos. Quiero pensar que hay un mayor ánimo de tratar este tema de la manera que se merece.

- **¿Hay que seguir avanzando?**

Está claro que necesita una mayor atención, aunque ha habido un avance. Antes estaba completamente excluido del discurso periodístico y ahora hay ciertos enfoques adecuados, pero claro, requieren tiempo, dedicación, formación específica para los periodistas que abordan estos temas porque son extremadamente delicados. Tienen que manejar las recomendaciones que las asociaciones de periodistas han puesto a disposición de los profesionales para conocer los límites y abordajes adecuados que cuestionan el suicidio. También hay que conocer lo que no se debe hacer. Pero como esto exige un poco más de preparación, y también sigue rondando la idea de que el suicidio es mejor no tocarlo porque no vaya a ser que sea contagioso, pues se opta por silenciarlo. Además, el periodismo suele ser más acelerado, más improvisado, demandante con respecto al tiempo que se le debe dedicar y esto lo hace un poquito más refractario.

- **¿El suicidio es o no es noticia?**

Yo confío en que esa frase de que el suicidio no es noticia, vaya desapareciendo de las redacciones de los periódicos y de las televisiones y radios porque el suicidio sí es noticia, hay que trabajarlo de una determinada manera, como siempre orientada a la prevención, alejándose de cualquier tentación sensacionalista-morbosa, pero se puede hablar y se debe hacer.

- **¿Cuándo un tema como este se convierte en noticia?**

El suicidio es noticia como fenómeno, siempre. Porque igual que la pandemia nos ha alertado por las cifras, si nos referimos a las del suicidio, desgraciadamente, lo es igualmente. 10 muertes al día son noticias. También cuando hay una muerte concreta de una persona relevante. Si se habla de ello hay que hacerlo con el mayor respeto y sin hablar de métodos, ni dar por supuesto razones o causas de la muerte porque da lugar a

muchos discursos distorsionados. Pero tampoco abordarlo con un secretismo, como si fuera algo maldito o prohibido. Al fin y al cabo, esto es una conducta humana con la que tenemos que convivir.

- **¿Qué plano de los anteriores destacaría?**

Creo que el más relevante es el de hablar del suicidio como fenómeno y también estar atento en los periodos de crisis. Creo que ahora mismo se debería estar hablando de suicidio, hay indicadores que apuntan a que las cifras van a aumentar y debería ser noticia para estar trabajando en la prevención ahora, no cuando salgan los datos confirmados, después de dos años. Porque tener cifras aproximadas es una responsabilidad de las autoridades y de los políticos para saber cómo está viviendo la población este periodo de crisis y de pandemia. Por ejemplo, hubo un aumento de un 15% o 20% en la crisis de 2009, pero no se supo nada hasta pasado los 3 años. No se hizo nada para amortiguarlo porque no se sabía, y cuando se conoce, ya ha ocurrido. Y ahora estamos en un momento similar.

## **Entrevista a Beatriz Torres Pardo, psicóloga clínica**

- **¿El suicidio se puede prevenir?**

El suicidio no es que solo se puede prevenir a nivel de salud mental, sino que también, si se pudiera hablar, en general, de las cosas que nos suceden por dentro y encontráramos contextos relativamente amables con nuestros propios núcleos sociales, sin el temor de que el otro me tache de loco o ponga el grito en el cielo o empiece a mirar raro por ello, se prevendría mucho mejor.

- **Entonces, ¿necesitamos hablar de nuestras emociones con normalidad?**

Todo lo que sea poner palabras a nuestras emociones y compartirlas con otra persona para que las pueda escuchar, ya calma bastante la angustia y alivia enormemente.

- **¿Y qué ocurre si esto no lo llevamos a la práctica?**

Entonces, si no aprendemos a poner palabras a lo que nos pasa por dentro, nos queda dos opciones. Una, que las pongamos en nuestro cuerpo y empiece a somatizar a través de un dolor de cabeza, las ganas de vomitar o tener suelta la barriga. Dos, empezar a hacer actuaciones con ellas y tener explosiones de ira, incluso ataques de impulsividad.

- **Por lo que describe, ¿se aprecia que esto es importante?**

Yo creo que sí, que es necesario hablar de emociones. Lo que pasa que, durante mucho tiempo, el hablar del mundo emocional, parece que era cosa de intensitos. Como que era algo que se quedaba en la adolescencia, una exaltación del mundo interno-emocional y un poco caótico, como es el mundo adolescente. Y una vez que se es adulto, todo esto se tenía que silenciar y pensar que siempre se está bien. Y creo que esto es un error.

- **¿Cómo se debe trabajar las emociones?**

Esto hay que empezarlo desde pequeño. O sea, la educación emocional comienza en las casas desde pequeñito y en la escuela. En cualquier grupo humano en el que estemos desde pequeño, necesita de alguien que enseñe que lo que se está sintiendo es enfado,

tristeza o sorpresa. No nacemos con una identificación, sino que lo sentimos, pero sin saber ponerle un nombre concreto.

Por ejemplo, cuando un niño pequeño está enfadado, actúa. Pero si le ponemos nombre a la situación disminuye la acción. Y ese niño, cuando sea algo más mayor, y sepa que está enfadado porque le han quitado un juguete, ya no hará falta que se acerque al otro a pegarle para que se lo devuelva.

Desde la escuela esto se puede trabajar con muchas publicaciones. Una de ellas es el 'Emocionario', que van orientado a que se pueda abordar estas cuestiones de manera transversal en la educación.

- **¿La clave, entonces, está en la educación?**

En parte sí, pero tampoco creo que se tenga que dejar, exclusivamente, de la mano de la escuela como un contenido teórico más.

- **¿Esto puede servir como herramienta de prevención al suicidio?**

Sí. Cuando alguien me habla de que ha estado durante mucho tiempo con estas ideas en la cabeza, les suelo contar que esto funciona como una especie de olla a presión. Si tú la tienes al fuego y no dejas que la espita que está dando vueltas y vueltas, permita canalizar un poco, antes o después revienta. Simplemente con el hecho de poder hablar de ello, me da igual que sea con un profesional o con una persona de la familia, alivia enormemente la presión interna.

- **Y en situaciones como esta, ¿hay que preguntar?**

Por supuesto. Generar estos contextos no solo incluye estar receptivo cuando alguien me lo quiera contar, también incluye el preguntar. Y preguntar explícitamente.

- **“Preguntando se llega a Roma”**

Desde luego, si no preguntas, no te hablan de la ideación suicida a no ser que sea lo que motive la existencia en la consulta. Y muchas veces no vienen a la consulta en este momento de urgencia y de mayor ideación. Sino que lo que se plantea en consulta son problemáticas sociales, laborales, familiares, sintomatología anímica, malestar

generalizado; pero es raro que la propia persona verbalice que tiene ideación de matarse. Entonces, si no se pregunta por ella, no la puedes trabajar, prevenir, explorar, ni enseñar a esa persona a relacionarse con esas ideas. O identificar cuando aparecen, qué las desencadena, conocer si tienen un perfil más obsesivo, intrusivo o no.

- **¿Le pregunta al paciente directamente si en algún momento ha tenido ideación suicida?**

Desde la primera cita. Igual que le pregunto al paciente que qué le ha traído a venir a la consulta, por cómo duerme o come, también le cuestiono si ahora o en el pasado ha tenido en algún momento idea de hacerse daño o plantearse si quitándose de en medio sería la solución. De todos modos, les aviso de que les haré muchas preguntas en esta entrevista y que alguna, a lo mejor, pues le puede parecer muy razonable y otras no.

En esa evaluación exploro el estado de ánimo, atención, sintomatología ansiosa o el lenguaje. También, cómo duerme, qué tal come, si ha notado cambios en el peso. Es que es importante preguntar.

- **Y una vez que comprueba que ha pensado o ha intentado quitarse la vida, ¿qué pasa?**

Pues que se convierte en mi primer foco de intervención. De nada sirve que yo empiece a trabajar habilidades de la relación de pareja, que me lo pone este señor o señora como motivo de consulta, si está de por medio una ideación autolítica, que puede llevar a un intento. Desde el momento en el que aparece, se convierte en el foco. Primero evalúo bien cómo aparece, qué formato tiene y qué piensa o qué no.

- **¿A qué se refiere con esto último?**

A si lo dice de manera pasiva a través de frases del tipo “ojalá no me despertara mañana” o más activa como, “me están entrando ganas de matarme”. No es lo mismo un “sí, a veces pienso en quitarme de en medio porque las cosas irían mejor” a que te diga “estoy tomando medicación y el día que ya me cansé, me las tomaré todas juntas”.

- **La intencionalidad de la víctima aumenta cada vez más, ¿no?**

Sí. La intencionalidad y la estructuración del plan autolítico va en aumento. Primero son muchas ideas pasivas de muerte, empiezas a tener ideas más activas; luego uno empieza a fantasear en los modos, investigas cómo hacerlo y estableces un plan al que le pones una fecha.

- **Tal vez, si se detecta a tiempo, se pueda parar ese proceso.**

Lo que tenemos que ver es cómo detectar todas esas cuestiones de las primeras ideaciones porque desde que aparecen hasta que se te intenta, hay un tramo de tiempo. Pero es que desde ese intento hasta el siguiente y así conseguir consumarlo, hay otro. Entonces, lo que se debe tener son más profesionales, que puedan detectar esto a los servicios de urgencias.

- **¿En algunos casos puede ser más complicado el detectar la intención suicida de una persona o quizás se llegue tarde porque el tiempo de margen es escaso?**

Sí. El suicidio no siempre es un proceso larguísimo. Los hay también que son muy impulsivos. Estas personas toleran mal el malestar emocional y pueden pasar de la ideación suicida a la acción en un tiempo mucho más breves que otras que son más contenidas y menos impulsiva. Pero claro, para enseñar a frenar estas cosas, también hay que enseñar a la gente. Y una vez vuelvo a la educación. ¿Cómo lidio yo con las emociones cuando están apareciendo? ¿Cómo aprendo a canalizarlas?

- **¿El deseo de morir lo deja entrever a los familiares o vínculo más cercano?**

Más de la mitad de las personas que tienen un intento de suicidio, han informado de ello de una manera u otra. Cuando se comete el acto o el intento, es cuando se empieza a unir puntos de cuando hizo mención de esto. Por eso hay que estar atentos a lo que escuchamos. Yo suelo poner un ejemplo en la consulta con el caso de la violencia de género. La concienciación que se ha hecho en este tema ha permitido que la sociedad se vea interpelada y pueda actuar. Pues igual podría ser con las ideas de suicidio. Debemos sacarlas de las cabezas de la gente. Hay que hablar de ello.

- **Con esto anterior nos referimos a la consulta, pero, ¿qué importancia tiene el vínculo más cercano a la víctima?**

Son la primera red de soporte. Cambia radicalmente la situación en un entorno en el que se dice “a mí no me lo cuentes porque me angustia” a otro que dice “espera, esto es importante, yo te voy a acompañar en ello”. Acompañarlos no significa que los familiares se hagan cargo de todo el proceso, sino que pueden validar la emoción.

En muchos casos se les puede facilitar el acceso a los profesionales que puedan abordar esto de manera más directa.

- **Así a grandes rasgos, ¿se considera el suicidio un tema tabú a día de hoy?**

Yo creo que sí. O sea, algo que genera muchas más muertes al año que los accidentes de tráfico en carreteras y que no abra los telediarios, de entrada, se puede apreciar un manejo raro de la información. Y que cueste decir la palabra en situaciones en el que alguna persona se ha quitado la vida, muestra que aún conjugar el verbo ‘suicidar’ es un tabú.

Esto pasa por no quitar el tabú de esta cuestión. Ni siquiera decimos: “Mi madre, mi tío se suicidó”. Cuesta que la gente te cueste la historia de su familiar fallecido por suicidio.

- **En 2019, según el último informe de ‘Observatorio del Suicidio’ de la FSME, detalla que 3.679 personas se quitaron la vida. ¿Cómo interpreta estas cifras de suicidios?**

Son muchas. Muchísimas. Demasiadas. Tengo interés por conocer qué ha pasado en 2020 porque, obviamente hemos vivido una situación bastante anómala.

- **¿Cómo prevé las próximas cifras, las de 2020?**

Creo que serán similares.

- **¿Ha notado con la llegada de la pandemia de la COVID-19 un aumento en su consulta?**

Podría decir que se ha visto de manera generalizada. Y algo que también se ha comprobado en todo este tiempo de pandemia es un aumento importante de las autolesiones y de la ideación autolítica en los adolescentes.

Subrayo, un aumento importante de autolesiones y de ideación autolítica en los adolescentes.

Lo que hemos visto entre los adolescentes está muy relacionado con lo de hablar de las emociones. Recurren a cambiar el dolor emocional por dolos físico, pero que a su vez este dolor físico, también desarrolla tolerancia. Entonces, cada vez son más necesarias las autolesiones para calmarse.

- **Aumentan, y...**

En una de estas, aunque muchas veces sin intención suicida, es posible que haya una precipitación hacia algo que sea más letal.

- **Detrás de los suicidios, ¿en la mayoría de los casos hay un trastorno mental?**

Me da un poco de miedo contextualizar el suicidio como algo que solo hacen las personas que tienen problemas de salud mental porque estos problemas los podemos tener todos. Me gusta más bajarlo a términos humanos, es mucho más útil que ponerlos en términos biomédicos. Detrás de cada persona que se suicida, obviamente que hay detrás mucho sufrimiento. Entonces, pregunto, ¿es cuestión de salud mental el suicidio? Es cuestión de sufrimiento, mucho. Tanto como para que alguien piense que esa es la salida más factible.

- **¿Ayudaría a toda esta situación un Plan Nacional de Prevención del Suicidio?**

Un plan estatal lo que puede contribuir es a cuestiones relacionadas con la comunicación, cómo hablar de ello en los medios de comunicación, por ejemplo. También, cómo hablar de ello en las escuelas. Si se hacen o no campañas publicitarias. Este tipo de cuestiones son las que se puede hacer más a nivel estatal.

A nivel sanitario, concretamente, es verdad que se aborda de manera más comunitaria porque los recursos los tienes las Comunidades Autónomas. Y al final, tengo la sensación

de que tener grandes planes de prevención al suicidio, que no se dotan de recursos, son absolutamente inútiles.

Por ejemplo, en Madrid está el Protocolo ARSUIC. Cuando alguien llega a una urgencia hospitalaria por un intento de suicidio o por ideación suicida, si es tanto para dentro del sistema para recibir asistencia sanitaria como si no, se les facilita una cita prioritaria con su centro de salud mental, que debe realizar en menos de 48 horas desde que se le da el alta hospitalaria. Esto está genial para una contención inmediata, pero si luego, como resultado de esta primera cita es que la siguiente es en dos meses, no hemos hecho nada. Si luego no se le pueda dar un seguimiento, no sirve nada.

- **Entonces, ¿qué sería lo correcto?**

Se trata de dotar de recursos, muchas veces se pasa por recursos psicoterapéuticos, que farmacológicos. El recurso farmacológico para cuando una persona está con ideación suicida importante, pues vale, nos puede servir para bajar la angustia, pero esa ideación suicida viene de algún lado. Algo la ha activado, eso no surge de la nada. Puede ser la situación personal que está viviendo el paciente, la situación familiar o los recursos que valora y que tiene para hacer frente a su situación. Pero hasta llegar ahí, hay un camino que desandar para saber cómo se ha acercado. Y para deshacerlo de otra manera, que no lleve a ese resultado.

Si no hay suficientes profesionales de salud mental, en psicólogos clínicos que son los que mayoritariamente hacen esta labor, pues realmente llegamos tarde. Siempre llegamos tarde.

- **¿Un buen tratamiento periodístico garantizaría el efecto Papágeno frente al efecto Werther?**

Hablar de ello previene más que contagia. Solo hay que seguir un poco los decálogos de buenas prácticas. Creo que son relativamente accesibles y elaborados por fundaciones, asociaciones de profesionales que trabajan mucho en el ámbito de la salud mental.

Sí que se puede informar sin dar ideas de cómo lo ha hecho la persona. Además, si se informa, a la vez que se indica los lugares a los que recurrir, profesionales, asociaciones o centros sanitarios a donde ir, puedo hacer que una persona que tenga idea de suicidio no estructure un plan para quitarse la vida.

- **Por último y retomando el tema de la pandemia de la COVID-19, ¿se ha puesto sobre la mesa la importancia de la salud mental?**

Creo que se habla más porque hay representantes políticos que lo mencionan más. Pero también porque la situación de confinamiento, todo lo que hemos vivido este año, ha afectado a nivel de sufrimiento a tantas personas, que incluso personas que nunca habían pensado que los problemas de salud mental iban con él, ahora tienen ansiedad. También han podido perder a gente y han empezado a sentir duelos que se complicaban o ser más hipocondríaco, así como algunas fobias a la hora de salir a la calle porque puede que se contagie. Todo esto recae dentro de lo que luego le ponemos etiqueta diagnóstica. Nos hemos dado cuenta de que esto nos puede pasar a todos si estamos en determinadas circunstancias, lo hemos notado más de cerca.

- **Hablar salva vidas.**

Los problemas que atañen a la salud mental, incluido el tener riesgo de suicidio, no es algo ajeno a la condición humana. Cualquiera de nosotros puede verse afectado. Si normalizamos de que esto se puede hablar, pediremos ayuda.

**Miguel Guerrero: psicólogo clínico en SAS y responsable de la Unidad de Prevención e Intervención Intensiva en Conducta Suicida en la UPII Cicerón**

**- ¿Se puede prevenir el suicidio?**

Se puede y se debe hacer. Este es uno de los prejuicios que circulan desafortunadamente con respecto a la conducta suicida, que viene a decir que el suicidio no se puede prevenir porque el que quiere matarse, al final lo acaba consumando. Y sabemos que esto no es así porque en los países o comunidades o zonas sanitarias donde hay programas específicos de prevención del suicidio, las cifras de suicidio consumado descienden significativamente. Por lo tanto, es evidente que, cuando se pone en marcha las medidas y las estrategias correctas y se implica a todos los sectores que se han implicado, no solamente al sistema de salud, sino al sistema de educación, justicia, servicios sociales o asuntos sociales, sabemos que las tasas de suicidio en un área concreta descienden.

Lo que es verdad, y suelo comentarlo siempre, es que el objetivo de suicidio 0 no es posible. Es utópico porque este es un fenómeno tan complejo, que no solo va a necesitar las intervenciones de distintos dispositivos y de diferentes instituciones, pero en cualquier caso hay que intentarlo porque merece la pena. Al igual que se ha hecho en accidentes de tráfico y en violencia de género.

**- ¿Hay casos en los que la prevención sea imposible?**

El suicida se puede clasificar desde dos dimensiones. Uno de ellas tiene que ver con la impulsividad, en la cual, desde que la persona piensa en el suicidio hasta que lo lleva a cabo, transcurre minutos o como mucho, horas. Obviamente, ese tipo de suicidios que no son premeditados y la persona no ha dado señales de alarma, evidentemente cuesta mucho más prevenir. Pero, incluso, en ese caso tan impulsivo, también existen medidas que están basadas en la evidencia y que sabemos que reduce mucho ese tipo de suicidios.

**- ¿Qué tipo de medidas?**

A esto me refiero, por ejemplo, a la reducción del número de comprimidos o pastillas por blíster. Que una persona no tenga fácil acceso a tener grandes cantidades de pastillas en

su domicilio, que no tenga disponibilidad de armas, que no tenga cáusticos o pesticidas tóxicos en el domicilio.

En Gran Bretaña limitaron el uso del gas tóxico doméstico porque era uno de los métodos de suicidio más comunes en aquella zona. Entonces, cuando lo redujeron, se acabaron los suicidios por este tipo de método. Incluso, los puentes, donde limitaron el fácil acceso. A la vista está que, incluso aquí, se pueden hacer cosas para prevenir el suicidio.

- **¿Cómo ha afectado la pandemia a la salud mental?**

A la salud mental, en general, sí que hay estudios que ya se han publicado a nivel nacional, donde se ha incrementado los trastornos que tienen que ver con la ansiedad, la depresión y el insomnio. Estas son las tres claves que sí parece que están evidenciadas.

- **¿Y con respecto a la conducta suicida?**

Actualmente no hay ningún estudio que nos diga que el suicidio en tiempos de pandemia ha aumentado. Incluso, puede que haya descendido levemente. Pero esto es verdad que ocurre o ha ocurrido en otros países cuando se ha dado situaciones de este tipo, no tan drástica como la COVID-19, pero brotes como en Asia.

- **¿Qué se ha demostrado?**

Que en los tiempos de pandemia ha habido un efecto de cohesión y lo que hace es que desciende las tasas de suicidio, pero inmediatamente cuando se decreta el fin de la pandemia, en los siguientes años sí que hay un aumento significativo de la conducta suicida, que eso tiene que ver con el incremento de los trastornos psicológicos, las consecuencias económicas, el desempleo o la incertidumbre. Este tipo de factores son de riesgo con el suicidio y lo que se espera es que incrementen. Pero, eso a día de hoy no se puede afirmar.

- **¿Cabe esperar que en los próximos datos de 2020 haya una contracción y que posterior pueda darse un aumento?**

Hasta finales de 2022 o 2023, no vamos a tener el dato concreto de lo que ha ocurrido en la pandemia. Con respecto a la primera ola, de los meses de marzo y abril del año pasado,

sí que se ha observado un descenso en las cifras de suicidio. Alrededor de un 8%. Pero también hay que tener en cuenta otros factores, como el descenso de urgencias. Es decir, no es que haya reducido el riesgo de suicidio, sino que no ha habido recursos, momento de accesibilidad donde el usuario haya ido a pedir ayuda por suicidio. Entonces hay menos registrados.

Hay que ser prudentes y la mayoría de los expertos están en la misma onda. Hay que esperar a hacer estudios de incidencia y prevalencia. Todavía es pronto para decir que la pandemia va a afectar al suicidio. Pero es bastante probable que haya un incremento. Lo que no sabemos es si va a ser significativo o no con respecto a otros años.

- **¿Detrás de los suicidios hay sumergida una enfermedad mental?**

Otro de los grandes mitos es que el suicidio solo ocurre en personas con enfermedad mental. Y esto también es rigurosamente falso. La enfermedad mental o el trastorno psicológico es un factor de riesgo, junto con otros, que están relacionados con la conducta suicida. Y este mito surge de que, cuando se estudia o se analiza los suicidios consumados, observados a través de una autopsia, el 90% padecían una enfermedad mental o un trastorno mental en el momento de quitarse la vida. Pero es también muy cuestionable qué entendemos por trastorno mental o trastorno psicológico. Porque claro, evidentemente una persona que ha llegado al suicidio, en un estado de bienestar de felicidad no estaba. Entonces, si contamos como trastorno mental cualquier depresión o cualquier estado de angustia o de insomnio, pues entonces, obviamente sí. Es evidente que la mayoría de las personas que tengan algún tipo de trastorno psicológico está condicionada o tiene mayor riesgo de suicidio. De lo que hablamos es que los trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, la bipolaridad son los únicos que se suicidan, esto es completamente falso. Le puede pasar a cualquier persona, pero es cierto que el trastorno psicológico condiciona mucho. Y es uno de los factores de riesgo que más incrementa la probabilidad del suicidio, pero yo siempre digo que la depresión, que es el trastorno que más se relaciona con el suicidio, si se mira desde el punto de vista inverso, personas que mueren por suicidio, hasta el 60%-65%, padecían depresión, pero, sin embargo, el 95% de las personas que tienen depresión, no se van a acabar suicidando nunca. Por lo tanto, hay que tener en cuenta que este es un factor de riesgo más que tiene que sumarse a otros. Pero no sería cierto decir que la enfermedad mental es la responsable directa del suicidio.

- **¿Es complejo de entender el suicidio?**

El suicidio es un fenómeno muy complejo. Hay muchas motivaciones de suicidio, hay rasgos muy variados porque a cualquier persona le puede ocurrir. Y llama la atención el nivel de sufrimiento tan profundo que puede tener una persona en estar ideando querer acabar con su propia vida. Luego, el impacto que esto supone, ya que una persona puede generar una crisis en su entorno.

Podemos bajar un escalón del iceberg y se encuentran aquellas que idean en el suicidio. Mantener ese tipo de ideas de no querer vivir y de falta de ganas por motivación por la vida, es una idea bastante dura. Esas personas, en muchos casos, no son capaces de contactar con los servicios sanitarios, entre otras cosas por la dificultad de oferta.

- **Un 6'4% de la población española acude al psicólogo, según el último estudio elaborado por el CIS. Esta cifra se puede interpretar de muchas maneras, pero, en caso, ¿cómo percibe estos datos?**

Aquí hay dos puntos de vista. El primero es que aún existe ese estigma, ese miedo. Sobre todo, esto ocurre con los hombres, que les cuesta mucho pedir ayuda. El segundo se debe a la oferta que hay de psicólogos clínicos en España. Cuando la media es de 18 por 100.000 habitantes en Europa, aquí llegamos al 6%. Entonces, al tener menos profesionales de psicología clínica en los centros de salud públicos, obviamente tendremos una menor oferta. Es decir, en este segundo punto de vista podría decir que sí hay una demanda de pedir ayuda al psicólogo, pero no hay suficientes psicólogos clínicos para atenderlos.

También digo que no todos los problemas que pueda tener una persona, sea susceptible de que lo atienda un psicólogo porque tampoco podemos “psiquiatrizar” todos los problemas de la vida cotidiana.

- **¿Qué ratio de psicólogos clínicos hay en Andalucía?**

Si 6% en España es irrisorio, en Andalucía es de 4 por 100.000 habitantes. Esto es importante tenerlo en cuenta porque si no hay suficientes recursos sanitarios, pues tampoco puede absorber esa demanda.

- **En nuestro país, las cifras de víctimas mortales por suicidio se mantienen por encima de los 3.500, pero por debajo de los 4.000. ¿A qué se debe?**

La tendencia se mantiene en esa franja, pero hay una cosa que tiene que ver con las cifras y es que muchos expertos están de acuerdo con que hay una infra-notificación de los suicidios reales.

- **¿A qué se refiere con esto?**

La estimación que da el INE son de aquellas personas que se clasifican en el Instituto Médico y Legal Forense como suicidio. Pero también hay constancia de otras muertes por suicidio, que se catalogan como accidente, accidente de tráfico, ahogamiento involuntario. Es decir, otros tipos de causas de muerte externa, que, en algunos casos, no queda suficientemente claro que pueda determinarse o no como un suicidio. Por lo tanto, es verdad que esas son las cifras que aporta el INE, pero que no concuerda con ninguna de las cifras que luego da el Instituto Médico y Legal Forense de cada provincia, ya que suelen ser más.

También es verdad que las cifras se mantienen y eso no es buena señal porque si se compara con las cifras de accidentes de tráfico, en el año 1993 morían más de 6.500 personas en carreteras, y hoy no llegan a 1.500. Obviamente ese descenso progresivo no se ve con respecto al suicidio.

- **Por ello, a día de hoy el suicidio es la primera causa de muerte externa en España.**

Por eso las cifras deberían ir descendiendo progresivamente. Y si no se hace, es evidente que no hay ningún plan, ni ninguna estrategia nacional para la prevención del suicidio. Incluso, una falta de recursos que pueda bajar los números. No sabemos dónde va a estar el suelo, pero sí deberíamos de intentar reducir todo lo máximo la morbimortalidad que tiene el suicidio porque los años perdido de vida, también tiene un impacto económico en nuestra sociedad.

- **¿Qué relación guarda las distintas franjas de edad con las que ustedes clasificáis a la hora de relacionarlas con los casos de suicidio?**

En cuanto a la franja de edad, es cierto que, a mayor edad, mayor riesgo de suicidio. El grupo de mayor riesgo, quien más comete esta conducta suicida está entre 40 y 59 años. Ahí es donde, tradicionalmente, fallece más personas. Si lo tenemos en cuenta después por 100.000 habitantes, son los mayores de 65, el grupo con más riesgo. De hecho, en España, de las 3.600 personas que se quitan la vida al año, más de 1.000 corresponden a la tercera edad. Es decir, este sería el principal punto de riesgo, y aún más, cuando está por encima de los 70. Aquí, de cada dos intentos, uno lo consuma.

Si nos vamos a grupos de personas jóvenes, de 15 a 29, cada 200 intentos hay un fallecimiento. Es decir, lo que hay en este grupo es una mayor tentativa, pero el grupo de riesgo por fallecimiento son los adultos de 40 a 59. Y si va por grupos de edad, las personas mayores. Los adolescentes serían factor de riesgo en autolesión y de tentativa. Lo cual otras consideraciones porque no todas las que se realizan autolesiones en esa franja de edad, están relacionadas con el suicidio. Pero es cierto que, en cuanto a tentativa, el grupo joven es el que más lo lleva a cabo. Y luego hay que tener en cuenta que, de 15 a 29 años, la segunda causa de muerte global, es por suicidio por detrás de los tumores. Esto de por sí da un margen amplio de la morbilidad que tiene el suicidio en la adolescencia.

- **¿Las víctimas directas de suicidios son grupos de riesgo?**

Todo lo que tiene que ver con los supervivientes está relacionado con la posvención. La estimación que hace la OMS es que en torno a 6 y 15 personas van a verse afectada por un suicidio. Por lo tanto, estas cifras son también preocupantes.

Este tipo de personas van a convertirse en un colectivo de riesgo por la ideación suicida que puede anidar en ellos durante un tiempo. Sobre todo, por la incapacidad de soportar el sufrimiento que supone la pérdida de un suicidio o por una fantasía de querer reunirse con el propio fallecido, provocando su muerte. Esto sucede, por ejemplo, en mujeres cuando son madres y han perdido a su hijo.

- **En algunos casos, ¿lo llevan en silencio?**

Este es un duelo bastante más traumático a causa del estigma y del tabú que puede haber entre propios familiares. Hay un estudio en el que dice que de cuatro a diez supervivientes tienen que esconder u ocultar el motivo de la muerte de su familiar contra el 0 por ciento de los fallecidos por una enfermedad oncológica. Es decir, esto ya te dice mucho. Si hay que encubrir esta causa, imagínate la probabilidad que hay en estas personas para resolver el duelo de una manera adaptativa.

- **La clave sería atenderlos, escucharlos y ayudarlos en todo este proceso.**

Cada vez más, en Andalucía somos pioneros, hay asociaciones de grupos de ayuda mutua. Aunque estén fuera del sistema sanitario, que son asociaciones exclusivas para afrontar el duelo de los supervivientes. Y yo creo que esta es la clave, que ellos tengan ese espacio para poder hablar y tener ese espacio de libertad, donde dirimir la culpa que va asociado casi siempre a los familiares. Poder trabajar en estos grupos, ayuda a muchas personas a rebajar el nivel de riesgo y puedan elaborar el duelo.

- **Hablamos de las personas con tentativas suicidas, pero dejamos a un lado a los profesionales que trabajan codo con codo con los pacientes. ¿Cómo les afecta toda esta situación?**

A este grupo se les conoce como segundas víctimas. Es decir, las primeras sería las víctimas con sus familiares, pero luego están los otros grupos de profesionales que pueden ser los clínicos.

Este es otro tabú y otro estigma porque cuando un terapeuta pierde a algún paciente por suicidio, también suele atribuirse esa parte de responsabilidad y de culpa y también suele ocultarlo por miedo a que otros compañeros y otros profesionales de su entorno puedan pensar que no ha gestionado bien el caso y se ha visto desbordado por él mismo. Y en este caso, sí que hay muy pocos recursos a nivel nacional. De hecho, en Andalucía no los hay de manera específica.

- **Este problema no solo queda entre psicólogos y psiquiatras.**

Perder a pacientes es algo muy frecuente en el ámbito de la atención primaria, enfermería, servicio hospitalario, urgencias o salud mental. No solo queda entre psiquiatras y psicólogos, sino que esto puede afectar a cualquier profesional. Y no suele haber ningún dispositivo especializado para poder atender a este tipo de profesionales que, en muchos casos, tienen que darse de baja. Y si nos ponemos en el extremo, cambian de puesto de trabajo porque, cuanto más tiempo haya estado tratando a una persona, mayor afección se le tiene.

- **La clave está en el apoyo de equipo.**

Esto es fundamental, igual que el sistema sanitario debe poner algún tipo de recurso para poder ayudar libremente a los profesionales que se vean abocados a esta situación. Esto es bastante más frecuente de lo que parece. Lo que pasa, que siempre está ese mito de que el clínico es invulnerable y entonces, no sufre.

- **¿Qué Comunidades Autónomas pueden tener esas ayudas a los profesionales?**

Hay áreas donde se está más avanzado y son pioneros en esta labor voluntaria, puesto que no es una orden que venga “desde arriba”. En Madrid y Barcelona sí que han puesto este recurso específico. Desde luego, más allá de crear una superestructura, lo que bastaría es con que una persona de cada unidad clínica estuviese disponible con el resto de compañeros. Tampoco estaría justificado crear una unidad específica para esto.

Al igual que se previenen cualquier otro tipo de enfermedades o trastornos, también deberían tener en cuenta la salud mental. Y aquí encajaría la afectación emocional.

- **Además de ser psicólogo clínico en el SAS, también es responsable de la Unidad de Prevención e Intervención Intensiva en Conducta Suicida en ‘UPII Cicerón’.**  
**¿Cuándo tiene lugar?**

Esta Unidad se puso en marcha en 2018 en una Unidad de Salud Comunitaria. En este caso, la de Marbella, donde yo trabajo actualmente, siendo el coordinador de la misma. Esto se implantó para nivel local, solo para la población perteneciente a Marbella. Pero, después de dos años de experiencia clínica y aportando evidencias científicas, se redujo mucho el riesgo en los casos en los que las personas están pensando en suicidarse.

Entonces, se propuso crear una unidad que abarcara más población. En este caso, el distrito sanitario de la Costal de Sol Occidental.

Esta Unidad se desplaza al Hospital Costa del Sol, como referencia, y engloba ya a una base de datos de personas usuarias (BDU) de medio millón potencialmente que se puedan beneficiar de esta Unidad. Aquí se corresponde a los distritos de Fuengirola, Mija, Marbella y Estepona.

- **¿Cómo trabaja la UPII Cicerón?**

Esta Unidad a lo que se dedica es a la prevención indicada. Es decir, a personas que ya padecen conductas suicidas. Bien porque hayan reincidido en un intento o bien porque estén intentando o planificando un suicidio. La UPI CICERON es pionera en Andalucía que se dedica, exclusivamente, a este tipo de población.

- **¿En qué casos se les traslada a esta UPII?**

Son 4 las vías de derivación a esta unidad. La primera es a pacientes que se atienden en las Urgencias del Hospital Costa del Sol, tras haber realizado una tentativa de suicidio. Cuando se les da el alta, inmediatamente reciben una cita programada en la Unidad Cicerón para hacer un seguimiento intensivo de la crisis de hasta doce meses.

Segundo, cualquier unidad de salud comunitaria que detecte a personas que están planificando o tengan riesgo de suicidio, se las deriva aquí. Tercero, desde los equipos básicos de Atención Primaria encuentran a una persona con riesgo de quitarse la vida, se la derivaría a su correspondiente Unidad de Salud Comunitaria, que la elevaría hasta la UPII Cicerón.

Por último, los pacientes que ingresan en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental, concretamente en la Unidad de Agudos del Clínico Universitario.

- **¿Cuál es el objetivo que persigue la UPII Cicerón?**

La prevención indicada. Que las personas que lo están ideando, no lo lleven a cabo y que las personas que lo han intentado, en esa ventana de mayor riesgo, que es la del primer año, no lo intenten de nuevo. Y ahí es donde se pone en marcha todos los recursos

psicoterapéuticos de accesibilidad, intervención en crisis, seguimiento, evitar que los pacientes se pierdan o abandonen el seguimiento de manera temprana.

La UPI Cicerón, lo que garantiza es esa adherencia al seguimiento en tanto en cuanto a que los pacientes, sino acuden a la consulta, se les localiza telefónicamente y en caso extremo, que no fueran posible, se desplaza directamente al domicilio para realizar la intervención.

- **¿Qué propósito, a largo plazo, tiene la UPII Cicerón?**

Mi idea es exportar este modelo al resto de la Comunidad andaluza.

**Esther González Jiménez: facultativa especialista en Psicología Clínica en Centro de Salud Mental de la Gerencia Especializada de Toledo (SESCAM)**

**- ¿En qué momento se encuentra la salud mental pública en España?**

Digamos que la salud mental es la hermana pobre de toda la sanidad española, sobre todo a nivel de psicología clínica. En cuanto a ratio, nosotros nos encontramos en pañales con respecto a Europa. La media es de 16 y nosotros estamos en 6. Y ese número cambia si nos referimos a una Comunidad Autónoma u otra. Por ejemplo, Cataluña, en los últimos dos años, viene incrementando muchísimo las plazas de psicólogo, pero en otras comunidades no sucede esto.

**- ¿Habéis notado un aumento de la demanda en consulta?**

Que detectemos esa mayor demanda en consulta es complicado, puesto que las listas de espera son tan brutales que no se puede ver la cola que hay. Lo que no hemos hecho es parar de trabajar en la pandemia. Yo estoy en consultas externas y lo que se cambió fue la modalidad de atención. En lugar de que sea presencial, se hizo de manera telefónica. Pero con respecto a la demanda, mi agenda no se movió un ápice. Cada día veía a equis pacientes y las revisiones que ya estaban programadas, pero mi agenda no ha variado.

**- ¿Qué tiempo medio hay desde que el paciente solicita atención en salud mental hasta que se le da una cita para la consulta?**

Depende de si la derivación es preferente o normal. Si es una cita preferente, te intentan buscar huecos; llaman a pacientes de primera consulta para anular las suyas y así aprovechar esos huecos con los preferentes. En este caso, un preferente por parte de psiquiatría, no suele tardar tanto en esa lista y suele acudir a la cita en una semana o diez días. En cambio, por parte de psicología, lo normal es que sea un mes o mes y medio en los preferentes. Pero si hablamos de un caso que se deriva de manera normal, entonces hablaríamos de hasta tres, cuatro, seis y hasta ocho meses.

- **¿Hasta qué punto puede influir esta larga espera en el suicidio?**

Lo primero que hay que tener en cuenta es que los factores son múltiples en la conducta suicida. Pero, evidentemente, si hay una patología psiquiátrica detrás y no se está recibiendo la atención adecuada o si por parte de la persona que lo atiende, no consigue conectar con el paciente, todo esto hace que aumente la desesperanza y la persona piense que no hay nadie que lo pueda ayudar.

- **La calidad en la atención es fundamental.**

La calidad de la atención también influye. Por eso llevamos movilizándonos mucho tiempo para invertir más en salud mental, al igual que en otros sectores. La única manera de prevenir el suicidio es atendiendo a las personas que pasan por ahí.

- **¿Cómo se desmonta el mito que intenta reducir al suicida y lo relaciona casi en su totalidad con la enfermedad mental?**

Con el tema de los mitos, siempre digo que, cualquier afirmación que lleve la palabra “nunca” o “siempre” va a ser errónea. Vamos a hablar de probabilidades. Entonces, es un mito decir que solo se suicidan los “locos”, por hablar en términos de la calle. Pero se puede decir que un gran porcentaje de personas que han muerto por suicidio, tenía detrás una patología mental, lo cual no significa que todas las personas con trastorno mental, piensa en el suicidio.

Tampoco se puede decir que el trastorno mental es la única causa, que ha llevado a la persona a quitarse la vida. No todo el mundo con un trastorno llega a tener ideación suicida o llega a realizar algún intento. Entonces, no se puede establecer una correlación directa entre enfermedad mental y suicidio. Este es uno de los factores que predispone, de riesgo. Uno de los múltiples. Importante, pero es solo uno de ellos.

Mucho más allá de la patología mental, que, aunque tenga una conexión importante con la conducta suicida, se encuentra la persona. Su estructura de personalidad, el sistema de apoyo con el que cuenta, sus circunstancias sociolaborales, económicas o familiares. Es decir, hay un mundo detrás, no es solo un diagnóstico, sino que ese posible trastorno se suma a otra serie de factores.

- **¿Se puede considerar que hay un perfil de suicida?**

No. Hablar de un perfil sería como decir, por ejemplo, que existen varios tipos de asesinos en los casos de violencia de género. Igual que esta persona no está vinculado a una clase social, un estatus económico o a unos estudios, con esto ocurre lo mismo.

Al ser multifactorial no hay un modelo de suicida, sino una serie de factores que influyen. Entre ellos se encuentran los intrapersonales, que tienen que ver con características de la persona. Como por ejemplo la impulsividad. Pero un perfil suicida no existe. De hecho, si te planteas un poco las distintas clasificaciones por las que llevan a las personas a suicidarse, te puedes encontrar con tropecientos mil, que se basan en distintos elementos.

- **¿Y se le viene algún posible caso, aunque no ocurra siempre?**

Lo que se me viene a la cabeza, un poco por experiencia, son las personas de la tercera edad y que deciden que ya no les merece la pena continuar. Esta situación la tienen reflexionada y no hay patología detrás, sino que han decidido que ya han vivido lo que tenían que vivir, ya no tienen a su pareja, sus hijos están independizados y tiene una serie de problemas de salud física, que no van a mejorar porque tienen que ver con la edad. Entonces, antes de ir a más, se toman la libertad de decidir el momento de su muerte. Este, por ejemplo, es un suicidio finalista y está razonado.

Luego está el que es impulsivo, no da pistas y, aparentemente, está todo bien. Pero de repente se quita la vida como si fuese un detonante. En este caso, hablamos de un rasgo de personalidad, la impulsividad, que, si esta persona hubiese sido evaluada y hubiera pedido ayuda, hubieran visto otra serie de elementos que no se detectaron ya que pasó directamente al acto.

Pero, aun así, hay que desterrar lo del perfil del suicida. Lo hay cuando se refiere a que mueren más hombres que mujeres. Pero esto tiene que ver con el método, no con otra cosa porque tentativas hay tres veces más en mujeres que en hombres. Ellos son más efectivos a la hora de realizar la tentativa porque usan métodos más letales.

- **¿Cómo se trabaja con el paciente?**

El suicidio no es un tratamiento porque no es una patología, sino una conducta, un comportamiento, una manera de pensar que forma parte de otra serie de cosas. Entonces, uno no trata el suicidio, uno trata las causas que subyacen a esta ideación. Evidentemente si estás en una situación donde la persona te plantea que está en crisis suicida, se le trata de disuadir, negociar con él un plazo, que dé una oportunidad a su situación para cambiar la perspectiva y así verlo de otra manera. Este es un trabajo de meses, incluso de años.

- **¿Se puede prevenir el suicidio?**

Sí. Además, que hay que normalizar y validar ese pensamiento, esa idea y buscar soluciones. No hay que juzgarles, ni tampoco hay que convencerlo de nada, sino hay que ofrecerles alternativas.

- **¿La pandemia de la COVID-19 ha hecho que se le dé más visibilidad a la salud mental?**

Soy crítica con esto. Creo que esto es cuestión de moda. Ahora viene bien hablarlo y se hace una instrumentalización del tema. Cuando yo vea que se destinan más partidas presupuestarias y que se convocan más plazas para que aumenten las ratios de profesionales y se nos permita una asistencia de calidad, me lo creeré. Lo demás son palabras. Llevamos peleando por un Plan Nacional de Prevención contra el Suicidio no sé cuánto tiempo y varias ministras de Sanidad lo han intentado, pero al final no ha cuajado.