

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

Vol. 17, número 1, 2020



Pensar el Suicidio: La Mirada Clínica

Juan M. García Haro
(compilador)



CUADERNOS DE **PSIQUIATRÍA** **COMUNITARIA**

Vol. 17, número 1, 2020



Pensar el **S**uicidio: **L**a **M**irada **C**línica

Juan M. García Haro
(compilador)

Fundada en 2001.

Director: Víctor Aparicio Basauri.

Consejo de redacción: Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, José Filgueira Lois, David González Pando, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González, Celina Padierna Sánchez, Ana Esther Sánchez Gutiérrez, César Luis Sanz de la Garza.

© Copyright 2001: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
- Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: “El martirio de San Mauricio y la Legión Tebana” (1580-1582) de El Greco. Patrimonio Nacional. Sala Capitular del Monasterio de San Lorenzo de El Escorial (Madrid).

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Pelayo. C/ Caveda 32 - Gijón.

Periodicidad: Anual

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria no se editó por la crisis económica en España los años 2011, 2013 y 2016. Los años 2014, 2015 y 2017 solo se editó un número. Desde 2018 es una revista digital.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 17, número 1 - 2020

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación

Juan M. García Haro 7

Suicidio: clínica o voluntad de morir

Federico Menéndez Osorio 10

La utopía del preventor: ¿un bello día, un mundo libre de suicidios?

Guillermo Rendueles 27

Abordaje y prevención del comportamiento suicida en el sistema sanitario español: enfoque, límites y riesgos

Juan M. García-Haro, Henar García-Pascual, Marta González González,
Mónica T. Sánchez Pérez, Sara Barrio-Martínez 56

El suicidio (la muerte voluntaria). La prevención del suicidio

Enrique Villa Alonso 82

PUNTO CRÍTICO: “Covid-19 y salud mental”

Presentación

Juan M. García Haro 124

Psico-covid. ¿Dígame? Reflexiones sobre la atención telefónica psicológica en Asturias durante la pandemia covid-19

Andrés Cabero Álvarez 125

En tiempos de confinamiento

Pedro A. Marina 128

Salud Mental Infanto-juvenil en tiempos de pandemia

César Luis Sanz de la Garza 131

Reflexiones sobre las repercusiones emocionales de la pandemia

Susana García Tardón 134

INFORMES

Manifiesto Forum Infancias Madrid 138

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 17, número 1 - 2020

RESEÑAS

ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad: una guía sesión a sesión para maximizar los resultados. M. P. Twhig y S. C. Hayes 143

IN MEMORIAM

Tiburcio Angosto Saura (1949-2020) 144

M.^a Eugenia Vigil Gutiérrez (1955-2020) 146

Alberto Minoletti Scaramelli (1944-2020) 148

NOTICIAS BREVES 151

REUNIONES CIENTÍFICAS 155

NORMAS DE PUBLICACIÓN 156

Presentación

PENSAR EL SUICIDIO: LA MIRADA CLÍNICA

Según la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es un grave problema de salud pública, y su prevención, un imperativo global. Las cifras hablan (o dejan sin habla) por sí solas. En torno a 800.000 personas se suicidan cada año en el mundo, lo que supone una muerte cada 40 segundos y una tasa mundial de 11.4 personas por cada 100.000 habitantes. En España y otros países de Europa el suicidio es la primera causa de muerte entre jóvenes de 15-24 años, y desde el año 2008 hasta la actualidad es la primera causa externa de fallecimiento, superando a los accidentes de tráfico.

En nuestro país no existe un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Es por ello que, en la última década, muchas Comunidades Autónomas y hospitales de referencia vienen diseñando diferentes programas o protocolos de atención y prevención en el ámbito sanitario. Aunque se parte de grupos multiprofesionales –y, más allá de las diferencias entre Plan, Estrategia, Programa y Protocolo–, lo cierto es que existe un molde uniformador que recorre como hilo rojo el diseño y confección de todos los planes vigentes. Este molde se recorta siguiendo el patrón del enfoque epidemiológico de los factores de riesgo y de protección, siendo su eje central el control del factor diagnóstico y teniendo como modista oficial a la investigación biomédica en salud mental. Habría, respecto de este patrón regulador, mucha tela que cortar. Véase este monográfico. A modo de ejemplo o botón de muestra, está el hecho de que los factores bio-psico-sociales (de riesgo y de protección) están cosidos de mala manera sin atender a su naturaleza ontológica diferencial. Así, la serotonina, los genes, la depresión, el sentido vital, el sufrimiento psicológico, el consumo de alcohol, la soledad, la falta de recursos económicos, la desesperanza, los sucesos traumáticos, la pérdida de apoyo familiar, etc., aparecen dibujados en una misma tela o plano de representación, y relacionados entre sí mediante flechas causales de ida y vuelta.

Con todo, en el ámbito sanitario, la prevención del suicidio viste un traje industrial (escalas, algoritmos, tiempos predeterminados, etc.), basado en una investigación poblacional –sin ninguna validez clínica predictiva–, cuando sería mejor vestir un traje a medida, basado en el saber de la clínica –psico(pato)logía– y la escucha de las necesidades concretas de las personas que son atendidas por estas experiencias y comportamientos. Esta ortodoxia protocolaria del traje industrial, no sólo puede llevar al desastre lo más importante y esencial en la prevención del riesgo suicida, la buena relación terapéutica, la cual requiere de tiempos no-predeterminados, sino que, para muchos, dicha ortodoxia constituye una completa impostura clínica.

Como sostener el hilo invisible que nos une a la vida es una tarea de todos, en este monográfico hemos querido dar voz a los clínicos que trabajan en el día a día con personas que sufren y presentan experiencias suicidas. Tenemos la fortuna de contar con la colaboración de tres importantes psiquiatras comprometidos con la clínica y la reflexión crítica. Participan también psicólogos y enfermeras especialistas en salud mental con amplia experiencia en los servicios públicos. Se trata, en definitiva, de contribuir a la reflexión multiprofesional sobre qué es el suicidio (de qué material o tejido está hecho), sus modalidades de manifestación (vestimenta) y sus modos de ayuda y prevención (artesanal o fabril). Pronto se verá que ese tejido del que se compone el suicidio no es otro que la autoconciencia reflexiva, la necesidad de reconocimiento del otro y la libertad (muerte voluntaria).

El monográfico abre con un texto de Federico Menéndez Osorio donde nos habla del suicidio como muerte voluntaria, como un acto que remite y es inseparable del sentido de la muerte para el ser humano, donde se destaca, no tanto la dimensión meramente biológica, sino igualmente biográfica y existencial. Cuestiona los enfoques reduccionistas y simplistas, sean estos moralizantes y normativos; o bien biomédicos, que reducen el acto suicidario a lo patológico. Abordar el acto suicida es, según el autor, atender la demanda del sujeto y las problemáticas que presenta, partiendo de la escucha y la relación dialógica, sin caer en la patologización de las conductas y los malestares, ni tampoco en las moralinas normativas. Se trataría de crear un espacio terapéutico donde se atienda el dolor y el sufrimiento de quien lo demanda, sin imposición de medidas que anulan la responsabilidad, es decir, un espacio de ayuda desde el respeto al derecho del sujeto de poder decidir y disponer sobre su propia vida, libre y voluntariamente.

El segundo texto lo firma Guillermo Rendueles. Critica las pretensiones de los planes de prevención del suicidio y sus contradicciones con los principios bioéticos de autonomía y con las leyes de eutanasia-suicidio asistido actualmente vigentes en varios países de Europa. Se cuestiona el fundamento de estas leyes, el cual remite a nuestra capacidad o incapacidad para realizar un cálculo hedónico de forma racional. Como dice el autor, responder a con cuánto dolor-bienestar merece la pena vivir constituye un problema de difícil respuesta, incluso en las situaciones más extremas. Se trataría de una cuestión vital pues un error en dicho cálculo es siempre fatal por irreversible. A través del análisis socio-biográfico de una paciente se adentra en la realidad existencial de la persona suicida y se pone de relieve el activismo terapéutico iatrogénico que con frecuencia acompaña a su tratamiento. Finalmente, desarrolla una interesante reflexión sobre las posibilidades de reparación del trauma del Holocausto y su relación con el suicidio.

El tercer artículo corre a cargo de Juan M. García Haro y colaboradores. Trata de describir las premisas que subyacen al abordaje tipo del riesgo suicida según se aplica en el sistema sanitario español. Haciendo una especie de reducción eidética, esto es, quedándose con lo

que hay de invariante bajo las capas asistenciales que componen los distintos autonómicos programas de prevención del suicidio, los autores llegan a la conclusión de que el núcleo de este abordaje tipo no es otro que el enfoque biomédico: detección del riesgo (a través de escalas) y tratamiento de la “enfermedad mental” (a través del eje medicación-ingreso). Desde este modelo, las experiencias y comportamientos suicidas serían reducidas a disfunciones biomédicas o serían manifestaciones de “enfermedades mentales” subyacentes a tratar. Se discuten las implicaciones que este modo de pensar tiene para la clínica y el estigma del suicidio.

Cierra el monográfico el texto de Enrique Villa. Partiendo de una gran base documental y bibliográfica, cuestiona los cuatros supuestos sobre los que, a su juicio, descansan los programas y protocolos de prevención sanitaria del suicidio. Estos supuestos son: 1) el aumento mundial del número de suicidios; 2) La relación lineal entre suicidio y trastorno mental; 3) La homogeneidad de las “conductas suicidas” y el continuum autodestructivo, y 4) La bondad y eficacia de los programas de prevención del suicidio en el ámbito sanitario. El autor analiza con detenimiento el protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio aprobado en Asturias, para acabar concluyendo que frente a protocolos descarnados, no hay prevención posible del suicidio que no contemple la facilitación de la relación profesional-paciente en un modelo asistencial de cuidado psíquico y con verdaderos equipos asistenciales.

Se espera que este monográfico sirva a un doble propósito: 1) Abrir el debate en torno a las posibilidades y límites de una prevención del suicidio, viendo el sentido y el sinsentido de las medidas que la administración sanitaria manda hacer a sus profesionales; y 2) Reducir la brecha, inmensa, que existe entre una prevención, omnipotente pero irreal, basada en una burocratización de la ayuda, y una prevención, más modesta, pero más real y honesta, basada en el trato (no sólo en el tratamiento de síntomas) con las personas que sufren y presentan experiencias suicidas. Un trato que no es sólo la cortesía del terapeuta sino verdadero tratamiento de personas. Si conseguimos estos objetivos, siquiera sea mínimamente, habrá merecido la pena.

*Juan M. Garcia Haro
Compilador*

Suicidio: clínica o voluntad de morir

Suicide: clinical or will to die

Federico Menéndez Osorio

Psiquiatra. A Coruña (España)

RESUMEN

El suicidio ha sido un tema relevante a lo largo de las distintas épocas históricas. Entender el fenómeno del acto suicida nos remite y va inseparable del sentido de la muerte para el ser humano, no como un hecho meramente biológico, sino igualmente biográfico y existencial. La muerte como fenómeno de la vida, inherente del "ser en el mundo".

Se hace una reflexión del acto suicida (tentativa o consumado), como un fenómeno plurifactorial, pluridimensional que remite a causas o razones diversas (sociales, clínicas, culturales, existenciales, económicas, ideológicas, heroicas, etc.). Se cuestionan los enfoques reduccionistas y simplistas, sean estos moralizantes y normativos; o bien biomédicos, que reducen el acto suicidario a lo patológico. Se plantea el tema controvertido de la Prevención del suicidio.

Cada acto suicida es personal, tiene su propia dinámica y causa. No hay una tipología común para todos, no hay una muerte humana en abstracto, sino el morir cada uno de los hombres, cada uno su propia muerte. Se exponen diversas formas de expresión del acto suicidario. La decisión acerca de la muerte voluntaria es tan variada y múltiple como personas existen, de una lógica propia, en ocasiones inefable.

Abordar el acto suicida es atender la demanda del sujeto y las problemáticas que presenta, partiendo de la escucha y la relación dialógica, sin caer en la patologización de las conductas y los malestares, ni en las moralinas normativas. Ni por contra, hacer dejación y eludir el deber de tratar y valorar el dolor y el sufrimiento de quien nos lo demande, respetando y teniendo presente el derecho del sujeto de la elección del poder decidir y disponer sobre su propia vida libre y voluntariamente.

Palabras clave: Suicidio. Muerte voluntaria. Psicopatologización. Derecho a decidir y disponer de la propia vida. Prevención del suicidio.

ABSTRACT

Suicide has been a relevant issue throughout the different historical epochs.

Understanding the phenomenon of the suicidal act refers us to and is inseparable from the sense of death for the human being, not as a mere biological fact, but equally biographical and existential. Death as a phenomenon of life, inherent of the "being in the world".

A reflection is made of the suicidal act (attempted or consummated), as a multifactorial, multidimensional phenomenon that refers to different (social, clinical, cultural, existential, economic, ideological, heroic, etc.) causes or reasons. Reductionist and simplistic approaches are questioned, be they moralizing and normative, or biomedical, that reduce the suicidal act to the pathological. The controversial issue of suicide prevention is addressed.

Each suicidal act is personal, it has its own dynamics and causes. There is not a common typology for all, there is no abstract human death, but every man's dying, each one his/her own death. Various forms of expression of the suicidal act are presented. The decision about voluntary death is as varied and multiple as people in the world, with its own logics, sometimes ineffable.

To approach the suicidal act is to meet the demand of the individual and the problems he/she presents, starting from the listening and the dialogical relationship, without falling into the pathologization of the behaviors and the discomforts, nor in the normative moralities. Nor, on the contrary, to neglect and avoid the duty to treat and value the pain and suffering of those who demand this, respecting and keeping in mind the right of the individual to choose the power to decide and to freely and voluntarily dispose of his/her own life.

Key words: Suicide, voluntary death, psychopathologization, right to decide and dispose of own life, prevention of suicide.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el suicidio ha ocupado un lugar relevante en la reflexión y el pensamiento de su tiempo. El suicidio, como nos narra J. Améry (1) se ha dado “*en todas las épocas, en todas las sociedades y en cualquier comunidad* (p. 58). *La muerte voluntaria es un privilegio del ser humano*” (p. 52).

En la reflexión filosófica ha sido un tema recurrente. Así vemos como para Camus, “*hay únicamente un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no vale la pena vivirla, es responder a la pregunta fundamental de la filosofía*” (2).

Lo que subraya H. Arendt al decir que “*quizás estén en lo cierto los filósofos que nos enseñan que el suicidio es el garante supremo de la libertad humana*” (3). Y para Wittgenstein “*el suicidio es el eje sobre el cual gira todo sistema ético*” (4).

Siguiendo la perspectiva histórica del suicidio en Occidente, R. Andrés (5) nos muestra los distintos enfoques y valoraciones, de cómo, cada cultura, cada sociedad y momento histórico se ha posicionado en torno al suicidio, dando su aceptación o su condenación al respecto.

Para R. Andrés la palabra suicidio tiene un fondo moral e ideológico. Neologismo aparecido en Inglaterra en el S. XVII, en el tratado **Religio medici** de Thomas Browne. Etimológicamente vendría de **sui = sí mismo y caedere = matar**. El término deriva de homicidium. El sufijo “cidio” como en magnicidio, parricidio, etc.

le da un significado de muerte como acto reprobable y punible. “*La transformación de la muerte voluntaria en suicidio señala el comienzo de una gran migración ideológica*” declara el autor.

Hasta entonces ninguna lengua contó con un sustantivo específico, utilizándose: “darse muerte” / “acabar con la vida” / “poseer la muerte” / “se ejecutó a sí mismo” / “el que quiere morir” ... Cicerón en su obra **De Senectute** lo llama la “muerte voluntaria”.

En España el vocablo aparece en el último tercio del S. XVIII y en el diccionario de la RAE en 1917.

El suicidio entre los antiguos era una manifestación de autoafirmación, de sentirse propietarios de sí mismos. En los textos sagrados, como en la biblia, no es objeto de censura, sino que se toman como respuestas lógicas ante un acontecimiento o situación determinada. La posibilidad de matarse para evitar el dolor y los sufrimientos, fue contemplada como algo legítimo, era la “*via libertatis*”.

Las causas del suicidio por factores psicológicos o sociales, mantiene R. Andrés, siempre estuvieron presentes. Lo que es novedoso y cambia es la concepción moral del acto suicida, su valoración. “*Los teólogos, médicos y legisladores empeñados en poner nombre a algo connatural al ser humano, hicieron que dicho fenómeno resulte pecado, enfermedad o crimen, según el juicio de cada campo*”.

El suicidio para Critchley (6) suponía usurpar la soberanía de quien detentaba el poder sobre la vida, sea esta un don de dios,

o bien del soberano, del rey, del estado, o de la comunidad, para arrogárselo “uno mismo”. *“Esta usurpación de soberanía, se consideraba no como un acto libre, soberano y autónomo, sino reprobable y condenable. Un acto de insubordinación contra las instancias del poder (p. 32)”*. De aquí la condena, estigma y persecución del acto suicidario.

A partir del S. XIX con el auge de la psiquiatría y la medicalización, se da un giro a la connotación teológica y moral de considerar pecado el suicidio, para enfocarlo como un trastorno mental; pero tanto desde la teología, como desde la medicina, al suicidio se le despojará de su libertad, concluye Critchley (p. 15-16).

Recogiendo el análisis de Foucault (7) acerca del derecho del soberano sobre la vida y la muerte cuyo poder se ejerce del lado de la muerte – hacer morir y dejar vivir – a partir del siglo XIX se complementaría con un nuevo derecho de soberanía, el poder de “hacer vivir” y dejar morir.

Lo que prima aquí, como afirma Colina, retomando el pensamiento de Foucault, es *“hacer vivir a una población o a un particular todo lo que se pueda, hasta empleando la fuerza si viene al caso, llegando a esa forma de tortura moderna que conocemos como encarnizamiento terapéutico. Así tenemos la virulencia y despropósito que pueden alcanzar las condenas al aborto, al suicidio, a la eutanasia, etc. equivalentes todas ellas de una vida obligatoria, que obtienen su justificación desde este rasgo irracional del poder que se legitima ideológicamente*

a expensas de defender el principio de la vida a cualquier precio” (8).

En definitiva, **ya históricamente, lo que está en juego y a debate es, quién tiene el derecho a decidir sobre la propia vida, si es un poder o instancia externa (divino, estatal, etc.), o es uno mismo el que tiene el derecho a decidir y disponer sobre ella.**

APUNTES EN TORNO AL SUICIDIO

Intentaré resumir en varios puntos – de forma muy esquemática y a modo de esbozo – una reflexión sobre diversos aspectos acerca del acto suicida (tentativa de suicidio o consumado).

1. El suicidio presenta una doble faz, ambas interrelacionadas e inseparables.

- **Como hecho biológico:** la vida biológica o zoé. La muerte en tanto término final de la vida orgánica. La cronología del nacimiento a la muerte.
- **Como hecho biográfico:** la vida biográfica o bios. El valor y sentido que tiene para cada uno la vida en su singularidad y particularidad, donde lo vital es aquello que supone el valor que le damos a esa vida, su sentido y significación (la dignidad, el amor, la belleza, la amistad, la justicia, la felicidad, etc.).

El ser humano además de zoé, vida biológica, es bios, vida biográfica.

Así nos lo expresa Ferrater Mora (9) *“... el morir no solamente no puede ser*

comparado con la consunción biológica, sino que resulta esencial y ónticamente distinto de ella” (p. 125) ... *“la vida queda configurada por la muerte”* (p. 225) ... *“lo que la muerte significa para la vida”* (p.217).

Heidegger (10) lo formula definiendo la muerte como inherente a la existencia. La muerte en su amplio sentido es un fenómeno de la vida. Entender la muerte meramente como proceso fisiológico – biológico sería equipararlo al del animal o la planta. Sería abordarlo como un proceso de duración de la vida, de la reproducción, del crecimiento, tener datos y estadísticas al respecto, investigar las formas de muerte, sus causas, modos, etc. Pero estos estudios óntico – biológicos de la muerte dejan sin indagar y excluyen *“como partiendo de la esencia ontológica de la vida se define la de la muerte”* [...] *“a las cuestiones de una biología, psicología, teodicea y teología de la muerte, le es metódicamente anterior el análisis existencial”* (p. 268-271).

Con los hilos de nuestra vida tejemos nuestra muerte, recoge Magris de Michelstaedter (11).

La muerte como acto de la vida, lo va a señalar Scheler al afirmar que *“el morir de la muerte es todavía, en una u otra forma, una acción, un acto del ser viviente mismo. Morir su muerte es todavía un acto que pertenece al interior de la serie de actos vitales... toda muerte debe morir en un último acto de la vida”* (12). Por eso tiene

sentido el **derecho a un final de vida digno (la muerte digna), porque es un derecho de la vida**, integrado en la cadena de los derechos a un nacimiento digno, a una vida digna, y es también consecuentemente a un final de vida digno, que es la muerte, como formando parte y término de la vida.

2. **Cada acto suicida tiene sus propias características, diversas, específicas, singulares y particulares, personales y subjetivas.** Cada suicida tiene su propia dinámica y sus causas o razones. Aunque aparentemente sean similares tanto en el modo o método de realizarlo, así como en la similitud de las causas aparentes o precipitantes, no hay un suicidio igual a otro.

Con respecto a esta singularidad en relación a toda muerte nos revela Ferrater Mora (9): *“la muerte humana es, quiérase o no, una expresión equívoca, porque en verdad no hay una muerte humana, sino morir cada uno de los hombres... de los hombres solo puede hablarse en singular... hay tantas muertes como personas, porque cada persona posee su propia muerte”* (p. 275-277).

En esta misma línea, apunta Heidegger (10) al decir: *“nadie puede tomarle a otro su muerte... la muerte es en la medida que “es” esencialmente en cada caso “la mía”. El morir no es un hecho dado, sino un fenómeno que hay que comprender existencialmente”* (p. 262).

3. **No hay una tipología o trastorno suicidario específico y común para todos.**

El acto suicida remite a expresiones y causas múltiples, razones y formas muy diversas (sociales, culturales, clínicas, ideológicas, existenciales, económicas, heroicas, etc.) difíciles de desentrañar, que serán preciso evaluar y determinar en cada caso concreto y personal.

No debe confundirse las causas precipitantes o desencadenantes con las diversas causas, plurifactoriales y pluridimensionales, imprevisibles, aleatorias, contingentes o condicionantes, que **dan cuenta del acto suicida.** No quedarse en lo aparente. **No confundir correlación con causalidad.**

Las tomas de decisión sobre la propia vida son tan múltiples y variadas como personas existan, en ocasiones inciertas, arbitrarias e imprevisibles. Cuantas hipótesis se hagan para explicar un acto suicida son parte de nuestras creencias, valores, sentimientos, anhelos, ideales, fantasías, temores, ideologías, etc.

Los procesos que llevan a un individuo a quitarse la vida, son para Al Alvarez *“al menos tan complejos como aquellos por los que sigue viviendo”* (13) y continúa señalando: *“las teorías ayudan a desenredar las marañas de motivos y definir la profunda ambigüedad del deseo de morir, pero dicen poco de lo que significa ser suicida y de lo que se siente. El suicidio es un mundo cerrado de una lógica propia e irresistible”* (p. 133).

En este sentido apunta Améry (1) cuando afirma que *“quien busca la muerte voluntaria, escapa a la lógica de la vida”* (p. 24).

4. En el acto suicida no rigen las leyes de la naturaleza y del instinto. En la condición humana no hay reacciones fijas deterministas, leyes dadas como en el animal o la planta. **Lo propio de lo humano es lo subjetivo, singular, aleatorio, contingente, incierto e imprevisible,** que no cae bajo el determinismo de la naturaleza o el instinto, sino en la libertad y elección de vivir, **no reducido a un proceso orgánico, sino biográfico.**

Nos lo manifiesta Ortega y Gasset al afirmar que la vida no nos es dada hecha, cada uno de nosotros tiene que hacérsela, cada uno la suya. Esto no acontece con el animal, o la planta, o la piedra, a ellos les es dado su ser prefijado y resuelto. Por eso vida en el sentido de vida humana, se la entiende como biografía y no como biología (14).

Es lo que Vygostki señalaba diciendo que *“cada persona no es solo una unidad biológica, sino también una unidad histórica”* (15).

Cada uno construye, su historia, su relato, su biografía, en definitiva, su identidad narrativa. Un mismo hecho se percibe, se siente, se interpreta y significa algo distinto para cada sujeto, en base a su cultura, su historia sociofamiliar, las circunstancias, las vivencias, el medio social y productivo, etc.

Respecto a esta subjetividad de los procesos mentales, el Premio Nobel de Medicina, E. Kandel, recogiendo las tesis de Nagel y Searle, afirma: *“carecemos de una teoría que pueda explicarnos como un fenómeno objetivo como son*

las señales eléctricas del cerebro pueden causar una experiencia subjetiva como el dolor” (o la belleza, el amor, etc.) ... “no es posible determinar cualquier característica de la conciencia que sea común a todos” (16).

La clínica del sujeto es una clínica de las biografías, de lo singular, de las diferencias específicas, de los enunciados en primera persona, de la identidad narrativa.

- 5. Existimos como seres sociales, de aquí que la muerte siempre tiene un sentido y una significación para quienes permanecen en la vida** y de estos no a cualquiera o desconocido, indiferente o ajeno. Va a suponer alguien o un otro importante y cercano (familiar, amor, dependencia afectiva, ideal, reconocimiento, etc.).

El suicida deja a los que viven – máxime a los más próximos – las reacciones, las preguntas e interrogantes del porqué, las hipótesis, el dolor, la culpa, la pena, la frustración, el rechazo, etc.

Así lo señala Ferrater Mora (9) “*nada de extraño es, que cuando el acontecer sea la muerte haya en la persona que sobrevive algo más que el mero “asistir” a la desaparición del que fallece*” (p. 234).

Así mismo lo enuncia Heidegger (10) al señalar “*que la persona muerta, a diferencia del cuerpo muerto, no queda desaparecido o agotado en su morir, sino que a través de los funerales, entierros, el cuidado del sepulcro, etc., en el moroso y dolorido pensar en ello, son los*

supervivientes quienes tributan honras al fallecido. La persona muerta ha dejado detrás de sí nuestro mundo. Desde este, pueden los supervivientes ser con ella todavía” (p. 260-261).

El muerto siempre “queda” para alguien. De aquí que el suicida, en ocasiones, deja una nota, una carta o el realizarlo en un determinado lugar o momento, etc.

Acerca de estas notas las interpreta Crichtley (6) como “*un intento de establecer una comunicación postrera y desesperada tentativa de comunicarse, una comunicación final*” (p.54). Lo que para Améry (1) es “*como un mensaje donde el otro tiene todavía una significación para uno*” (p. 109).

- 6. Todo acto humano tiene un sentido** – manifiesto o latente – **una significación, una representación tanto simbólica como real, consciente e inconsciente.** Lleva un **mensaje** –explícito e implícito– siempre **bifronte y polisémico**, que cuando se realiza como paso al acto –suicidario–, sin mediación por la palabra, queda en lo “no dicho”, en lo no referenciado, fuera del registro del lenguaje y por tanto a merced de la interpretación, de la conjetura o del enigma.

Desde la elección de la forma de suicidarse, hasta su forma de ejecutarlo, algo tiene que ver ese acto, con lo que pueda representar o simbolizar, consciente o inconsciente, de un **encuentro sublime e indecible; de lo inefable para el sujeto, de lo que no podemos dar cuenta en tanto el suicida**

se lleva con él la clave de su decisión (17). En su acto es hablado, ocupa el lugar de la palabra, queda lo inefable.

De aquí que para Améry, pareciese que tan importante como el suicidio es el cómo hacerlo, como si el gesto, el cómo, fuese tan importante como el resultado. Esto lo constatamos al observar las tan variadas formas y métodos utilizados en la realización de ciertos actos suicidarios, de sus circunstancias y características.

7. Una cierta idea simplista muy generalizada, considera el acto suicida como un sinsentido, anormal, irracional, absurdo, propio de padecer un trastorno, de la locura, o del mal, una cobardía de vivir, etc.

Ya Schopenhauer se mostraba acerbamente crítico con quienes juzgaban el suicidio como cobardía, locura, crimen, o “la sentencia de que era injusto”, etc., al aseverar “*que es, empero, manifiesto, que nada hay en el mundo sobre lo cual tenga cada uno un derecho tan indiscutible como sobre su propia persona y vida*” (18).

Asimismo K. Marx (19) va a refutar y criticar a quienes juzgan el suicidio como antinatural, falta de coraje, ser injusto, oponerse a los destinos de la Providencia o de la sociedad, etc. Basándose en las memorias de Peuchet sobre el suicidio va a mostrar las múltiples causas del suicidio, priorizando las causas socio-económicas y de opresión de género, “*el suicidio no es más que uno de los mil y un síntomas de esta lucha social, hoy evidente*” (p. 67). Expone algunos casos

y estadísticas al respecto y va a referirse a la prevención del suicidio señalando “*sin una reforma total del orden social actual, todos los intentos de cambio serían inútiles*” (p. 66).

La significación del acto suicida en tanto inefable y paradójico, **no puede buscarse en las meras respuestas de la lógica normativa, simplistas** o racionalizadoras, **o en las moralinas “pro vida”** – “*el derecho a la vida no es una imposición de la vida*” puntualiza el teólogo H. Kung (20) – **o en la cobardía, o lo maléfico. Tampoco en la actual compulsiva búsqueda de etiquetas diagnósticas y etiopatogénicas, reduccionistas, tranquilizadoras y normalizadoras, que bajo el manto de científicas, eluden un mayor rigor y profundidad de las problemáticas, sin plantearse la sinrazón y las paradojas de la existencia, ni lo aleatorio e imprevisible, el sinsentido, la arbitrariedad y lo inconmensurable e inefable de esta. Con su reduccionismo obvian la complejidad de la mente y los recovecos de las conductas, las contradicciones y paradojas del vivir y del morir de toda existencia.**

A esta necesidad de buscar diagnósticos y clasificaciones, o poner etiquetas taxonómicas para entender y dar sentido a las conductas, ironizaba al respecto Pessoa al señalar que “*estos clasificadores de cosas, hombres de ciencia cuya ciencia es clasificar, ignoran la existencia de clasificables desconocidos, cosas del alma y de la conciencia que se encuentran en los intersticios del conocimiento*” (21).

El patologizar, buscar una causa, un sentido, a lo que es consustancial con la existencia, como es el vivir y el final de esta vida – la muerte – máxime cuando este hecho adquiere en el suicidio visos de insólito e ininteligible, de paradójico – la propia paradoja de la vida y de la libertad – es una pretensión de búsqueda de una razón, de un sentido, de un saber que nos dé respuestas consoladoras – y de cientificidad – que lo hagan inteligible y razonable. Mecanismo de defensa y seguridad, para evitar el vacío del saber, lo inquietante, la angustia o el desgarro, de lo inaceptable y arbitrario de tales conductas.

Nos lo refleja Séneca al referirse al suicidio del filósofo epicúreo Diodoro, que puso fin a su vida por mano propia, al decir: *“unos quieren ver en su acción una locura, otros una temeridad. En cambio él, dichoso y satisfecho con su buena conciencia rindió su propio testimonio al salir de la vida, “viví y recorrí el camino que me había deparado la fortuna” (22).*

8. En ciertos casos, el acto suicida puede significar una forma de “zanjar cuentas” – conscientes e inconscientes – con sus progenitores, o con quienes les unen lazos afectivos, o de autoridad. Una forma de castigar o de venganza, culpabilizar, chantajear, imponer o intentar obtener algo de alguien (una demanda de amor, reconocimiento, despecho, etc.).

Freud en Duelo y melancolía, señalaba la existencia de impulsos homicidas y destructivos orientados primariamente hacia las personas que se aman y vueltos después contra el Yo (23).

El antropólogo Briffault publicaba en 1927 un extenso tratado donde recogía los lazos familiares, sociales, económicos y las costumbres de distintos pueblos primitivos. En el capítulo “el suicidio entre las razas primitivas” describe como *“en ciertas regiones del mundo existe una disposición a suicidarse para castigar a los supervivientes... los nativos de Savage Island sienten la tentación de vengarse suicidándose, al imaginar el disgusto que ocasionaría a los amigos que les ofendieron. Otros nativos vinculan el suicidio con la creencia de que el espíritu de la persona fallecida puede importunar y castigar a los supervivientes” (24).*

Pero no hace falta ir a buscar en los textos freudianos o en la antropología, lo que podemos observar, por ejemplo, en algunos adolescentes que llegan a los servicios de urgencias por haber realizado un acto suicidario: “lo hice porque no me dejaban salir”; “o para fastidiarles”; “o porque no me daban el móvil, o tal otra cosa”. Una forma de chantaje o venganza, de culpabilizar, a sus progenitores, o a quien les impongan límites, o no acceden a sus deseos.

En el Manual de Psiquiatría infantil, Ajuriaguerra expone los casos de ciertos actos suicidarios en niños, que lo expresaban como *“te odio porque no me quieres y me castigo por odiarte” ... “quíereme o me moriré y así quedarás castigado” (25).*

Se pueden señalar aquí, los desenlaces de desengaños amorosos, los lances de amor y los chantajes de tipo afectivo utilizando

el acto suicidario como un instrumento al respecto.

- 9. Cuando el acto suicida se acompaña de sentimientos de culpabilidad, de indignidad, queja de sí mismo, de remordimientos** profundos y de “merecer la muerte”, etc. subyace en algunos casos un sentimiento inconsciente de perfeccionismo y omnipotencia, así como un “arreglo de cuentas” reparador y expiatorio.

El suicida en estos casos, es víctima y verdugo; juez y condenado; asesino y asesinado; culpable y ejecutor de su pena y castigo. Como si el digno y virtuoso de él, ejecutase y ajusticiase, eliminase, al indigno y malvado de sí mismo, merecedor, en su propio juicio, de su condena y de su muerte expiatoria. **Hace “justicia” en sí mismo, consigo mismo, por sí mismo.**

En el momento de su ejecución – su suicidio – ¿quién es?, **¿en qué escisión se encuentra y se debate el suicida?** En el de la víctima que sufre y padece la doble dimensión, como culpable e indigno según su propio juicio moral y su conciencia que él hace de sí mismo; y con la de perder la vida con su acto expiatorio suicida.

O bien, en el del ejecutor y verdugo que en su ajusticiamiento cumple asimismo una doble dimensión, de un lado, su deber moral de castigar, expiar y reparar la culpa con su ejecución; por otro, en el encuentro con su ideal, en la fusión de ser él mismo el juez soberano, el digno, el “bueno de sí”, que castiga – mata –

para siempre y definitivamente al “mal”, al indigno de sí mismo.

Como lo formula Critchley (6), *“lo que mata es ese objeto aborrecible en que me he convertido. Odio esa cosa que soy y quiero que muera... el suicidio como una decisión de liberarnos de lo que nos esclaviza”* (p. 58).

- 10. Para Menninger (26) en el suicidio hay tres componentes primordiales:**

- I. El deseo de matar:** la agresividad vuelta hacia sí mismo.
- II. El deseo de ser matado:** sentimiento de culpa y deseo de castigo, expiación y reparación.
- III. El deseo de morir:** ansia de reposar y alejarse de los conflictos. Reversión a la tierra.

Hay una **diferencia entre el deseo de morir y el deseo de matarse**, como nos lo precisa S. Lamas, *“no es lo mismo el deseo de morirse y el de matarse. El primero es pasivo, dejarse ir, que venga a buscarme; el segundo es activo, apasionado, ir a buscarlo”* (27).

En ciertos adolescentes – aun dándose ambos – podemos encontrarnos más notoriamente el deseo de matarse, en ocasiones, ya lo señalé anteriormente, como forma de chantaje, venganza, o agresión vuelta sobre sí. En mi experiencia clínica, hay en estos casos un zanjar cuentas, castigar, chantaje, dejar la culpabilidad, o una llamada o mensaje destinado a los padres, familia, escuela, amigos, etc.

Quede claro que esto no supone que no haya otras formas y significados de tales decisiones, insondables, que como todo acto suicidario, en última instancia, tendría que evaluarse en cada sujeto.

Hay un deseo más claro de dejarse morir en los místicos, en la melancolía, en el vacío existencial, en las sublimaciones, en la inanición, o por determinadas causas e ideologías... una especie de encuentro sublime y redentor. Ya Valle Inclán en Martes de Carnaval ponía en boca de uno de sus personajes, “llama, llama a la muerte que mucho puede el deseo”.

11. Se alude en ciertos casos a un “suicidio lógico” enunciado por Dostoiewski como lo inevitable de la conclusión, que sin fe en el alma y en su inmortalidad, la vida del hombre resulta antinatural, absurda e insufrible. Lo cual es retomado en referencia al suicidio de Michelstraedter, quien se suicida a los 23 años, una vez concluida su tesis doctoral. Respecto a este caso, Papini, señalaba que no se debía a razones externas como el trabajo, el amor, o la salud, sino tan solo por haber aceptado hasta el final, las consecuencias de sus ideas (28).

En otro contexto, el novelista Kawakami, señalaba acerca del suicidio, “*no es este un final trágico, sino una decorosa despedida que elude la imperfección de la vida*” (29).

El poeta surrealista francés J. Rigaut, se suicida a los 29 años y A. Breton glosa sobre tal acto, que Rigaut “*se condenó*

a sí mismo a muerte hacia los 20 años y esperó el momento adecuado para acabar sus días. Intentad si podéis detener a un hombre que viaja con el suicidio en el ojal. El más bello regalo de la vida es la libertad que nos permite abandonarla a nuestra hora” (30).

Al referirse a sus tentativas de suicidio, Rhodes nos revela que lo mejor de querer suicidarse es la energía que sientes después de decidirte y que “*uno de los malentendidos más peligrosos sobre el suicidio es que nadie sabe que para aquellos que lo están eligiendo, casi siempre constituye una elección absolutamente válida*” (31).

12. No se pueden obviar en relación al acto suicida las causas o los condicionantes sociales, económicos, culturales (32).

No faltan episodios al respecto como, por ejemplo, el ocurrido en la multinacional France Telecom que fue acusada por la fiscalía de París por la “ola de suicidios” – cerca de 60 trabajadores – que se dieron entre los años 2007 al 2010. La empresa despidió a 22.000 trabajadores, utilizó métodos de trabajo desestabilizadores, acoso, amenazas, reducción de plantillas, condiciones laborales y de gestión inaceptables y conflictivas, etc. (El País, 8/7/2016).

Situaciones similares en relación a ciertos suicidios se dan con los desahucios, el paro, las crisis económicas, el acoso, las hipotecas, las condiciones laborales y de explotación, la precariedad y el subsalario, etc.

Los análisis al respecto de Byung-Chul Han (33) y de Bauman (34), cada uno desde su óptica, nos abren a una visión de cómo se presentan en la sociedad actual, las nuevas formas de relaciones sociolaborales, de producción, explotación y control: el “imperativo del rendimiento” y la autoexigencia; la introyección de la disciplina y los valores autoimpuestos por la competencia y la rivalidad; así como el individualismo y la pérdida de la solidaridad y de los apoyos en defensa de los derechos y de las condiciones laborales.

Esto hace que los conflictos contra la autoridad, sean sustituidos por auto-culpabilidad, frustración, impotencia, fracaso, aislamiento, estrés, depresión, inseguridad, volver contra sí mismo, lo que antes era dirigido contra el poder. Hay un cambio topológico fundamental del conflicto y la explotación. Ya no está fuera del yo, sino que se interioriza. El sujeto del rendimiento se explota a sí mismo. Se desarrolla una autoagresividad que en lugar de ir contra la causa de la violencia, de la represión y la explotación, se vuelve sobre sí mismo (33).

13. En la muerte voluntaria – lo expusimos anteriormente – **hay una usurpación de soberanía**, contra dios, o contra el soberano, sea el rey, el estado, la sociedad, etc. Esta usurpación supone **un acto subversivo radical acerca de la soberanía a disponer y decidir sobre la propia vida.**

Decidir la muerte voluntaria es usurpar la soberanía, trasgredir y atentar contra

el poder, el orden y las reglas de las cuales el poder se autoriza y se arroga al disponer de ellas e imponerlas.

Nos lo señalaba Cioran al referir que, “*si las religiones nos han prohibido morir por nuestra mano, es porque verían en ello un ejemplo de insumisión que humillaba a los templos y a los dioses*” (35).

Lo refleja Jaspers al afirmar que “*el suicidio puede ser el acto de la suma autonomía, de quien está en posición de completa independencia... el suicidio como acusación y ataque a una fuerza superior y como salida de una situación aniquiladora, puede ser la expresión de la autonomía más decisiva*” (36).

El acto suicidario al suponer la insumisión y usurpación de esa soberanía, acarrea la condena, el pecado y las penas y castigos que se imponían a quienes incurrieran en dicho acto a lo largo de las distintas épocas, hasta la reciente despenalización; aunque quedan aún el estigma y el rechazo a la muerte voluntaria, a pesar de la movilizaciones y reivindicaciones en pro de la eutanasia, o del derecho a decidir y disponer de la propia vida, o a la muerte digna, etc. (37, 38).

En relación a lo que aun actualmente supone la significación y valoración del acto suicidario, apunta R. Andrés “*aquel que se siente impelido al suicidio o sobrevive a él, se considera necesitado, como el inmigrante y el recluso, como el drogadicto y el maltratador, de un plan de reinserción y adaptación social.*

Pasa a ser censo y recuento, tiene su índice y su diagrama en el mundo de los dislocados” (39).

Acerca del derecho a disponer de nuestra propia vida, Novoa Santos, en el cap. VI de su libro *El instinto de muerte*, argumenta: *“que no solo tenemos el derecho a vivir, sino que además tenemos el derecho a disponer de nuestra propia vida... Se nos concede el derecho a disponer de nuestras prendas y propiedades y en cambio no se ha declarado el derecho a disponer de la única prenda que nos pertenece por entero, que es nuestra vida. ¿En nombre de qué o de quién nos cercenan ese derecho?, en nombre del creador, o en nombre de la humanidad que nos tiene a su servicio” (40).*

Es la decisión que tomará Ramón Sampedro dejando escrito en su testamento las razones de su acto: *“vivir es un derecho, no una obligación... a mi lado tengo un vaso de cianuro, cuándo lo beba habré renunciado voluntariamente a la propiedad más legítima y privada que poseo, es decir, mi cuerpo y lo que con él es – o está – la vida y su conciencia” (41).*

En el capítulo “la moral para médicos”, se expresa Nietzsche clara y rotundamente en este derecho al afirmar que *“la muerte elegida libremente, la muerte realizada a tiempo, con lucidez y alegría, entre hijos y testigos, de modo que aun resulte posible una despedida; así como una tasación real de lo conseguido y querido, una suma de la vida...*

se deberá, por amor a la vida, querer la muerte libre, consciente, sin azar, ni sorpresa” (42).

14. El paradigma biomédico concibe el suicidio como un trastorno o enfermedad, consecuencia de un cuadro patológico (depresión, psicosis, T. bipolar, T. límite, etc.). Si siguiésemos dicha premisa causal y siendo consecuentes con dicha lógica biomédica, lo que se tendría que tratar, prevenir y atender en el acto suicidario sería el trastorno que lo provoca, es decir, la depresión, la psicosis, el T. bipolar, etc. Para así actuar en el problema y no confundir las causas con los efectos, el síntoma con la enfermedad, la parte con el todo. Un principio de la clínica es **no ser “caza – síntomas”**, saber diferenciar la expresión sintomática –en este caso el acto suicidario– de la estructura patognomónica y de las causas y razones que lo determinen, estas serán las que habrá que atender.

La falacia del paradigma biomédico de reducir y entender todo suicidio como una patología, presupone que toda elección de muerte voluntaria, eutanasia, muerte digna, etc. no sería un acto libre, racional o permisible, en tanto que al ser patológico, vendría determinado y causado por algo ajeno al sujeto y necesitado de curación y de tratamiento.

Dicha falacia biomédica lleva a la paradoja que señala Cohen Agrest (43) de que si el problema del suicidio remite

a un trastorno o patología, la muerte voluntaria, el deseo de morir, la eutanasia, etc. no serían un acto racional y de libre albedrío, sino que son debidos a un desequilibrio patológico que incapacita al sujeto para dicha elección y que le hacen incompetente para decidir libremente.

Se derivaría según dicho razonamiento, que solo las personas lúcidas, que no tengan ningún trastorno y estén sanas, serían quienes racionalmente podrían querer la muerte voluntaria, lo cual nos lleva a una argumentación sin salida, porque en base a la premisa que afirma que todo acto suicidario es patológico, no puede haber posibilidad de que sea racional y libre el querer suicidarse. Y llevado a la cuestión moral y legal, ningún suicidio sería moralmente permisible.

La crítica del paradigma biomédico le lleva a Jaspers (44) a señalar que *“el suicidio no debe someterse a una circunstancia orgánica y puntual”* (p. 377) ... *“la disposición al suicidio hace libre”* (p. 376) ... *“las estadísticas del suicidio no dan una idea del alma individual”* (p. 399).

En este sentido subrayaba Améry (1) que *“la inclinación a la muerte voluntaria no es una enfermedad de la que uno tenga que curarse como de las paperas”* (p. 39).

En los puntos anteriores expusimos, lo que supone el acto suicidario como pluri-factorial y pluridimensional, que remite a variadas causas y motivos (sociales,

laborales, clínicos, económicos, vitales, ideológicos, etc.) no reductibles a un simple modelo biomédico.

Asimismo, se hizo alusión a la “larga marcha” de las reivindicaciones al derecho a decidir sobre la propia vida, sobre la muerte voluntaria, la eutanasia, la muerte digna, etc; así como las resistencias, obstáculos, condenas, prohibiciones e imposiciones encontradas al respecto de estos derechos.

- 15. Del tema de la Prevención del suicidio** – tan controvertido y merecedor de una más amplia y profunda reflexión de la que por cuestión de espacio pueda hacerse en estas breves líneas – me limitaré a señalar, que además de las publicitadas medidas, planes, guías, protocolos y bibliografía de los distintos organismos sanitarios (que tiene hasta su consagrado día); **existen por el contrario, una nada despreciable y muy interesante bibliografía y escritos cuestionando el sentido y los fundamentos de la prevención del suicidio, de sus aplicaciones, de los límites de tales medidas y de su efectividad.**

Escritos y análisis que cuestionan, de un lado, lo que se entiende por prevención en salud mental globalmente, en el intento de imitar el modelo de prevención como lo harían las vacunas, o profilaxis, etc. (45, 46). De otro, lo que supone la prevención del suicidio específicamente (47), sus fundamentos, su efectividad, su aplicación, etc. (escritos a los cuales remito para un

mayor conocimiento del tema y una más profunda y rigurosa reflexión y debate tan necesarios).

Si como ya expusimos, el **acto suicida lo entendemos como un fenómeno pluri-factorial, que remite a diversas causas y razones, la actuación preventiva debería ejercerse – cuando lo requiera – sobre los factores interactuantes en dicho acto (sociales, culturales, clínicos, laborales, económicos, existenciales, etc.)**. En dicho sentido, con respecto a la muerte voluntaria, libre y racional, nos asalta una pregunta: ¿cuál sería la prevención?. Salvo que se niegue que pueda darse un acto suicidario libre y voluntario como sostienen ciertos enfoques reduccionistas antes señalados.

No obstante, frente a esta negación, son cada vez más frecuentes los testimonios acerca del derecho a disponer de la propia vida, de la eutanasia, de la muerte digna, etc., aparecidos en los medios de difusión y lo observado cotidianamente, indicándonos una realidad que se quiere ignorar o negar.

Dar por supuesto e incuestionable la prevención del suicidio como obvia, evidente, válida y efectiva, es presuponer lo que no está demostrado en la práctica y los resultados, ni en sus fundamentos ni en los constructos de los que parte.

Quede claro que **el cuestionamiento de cierta prevención del suicidio, no supone eludir o dejar de atender, valorar y abordar el dolor y sufrimiento del sujeto cuando lo demande y precise.**

Dolor y sufrimiento, que también, tendría que considerarse y tenerse en cuenta, que se provoca al impedir y cercenar el derecho a la muerte voluntaria, a la eutanasia, a la muerte digna y que parece se ignora y se niega su existencia en estos casos.

Se hace necesario un **amplio debate y reflexión más profundo y riguroso**, sin prejuicios, ni premisas dadas como evidentes y canónicas, que mimetizan modelos y esquemas normativos, moralizantes y paradigmas biomédicos o reduccionistas e ideologías o criterios impuestos y cuestionables.

CONCLUSIÓN

El reto que tenemos en la clínica en salud mental y la ética que lo sostiene, nos confronta a la complejidad y la incertidumbre, a no caer en simplismos, ni en la pereza intelectual y las formulaciones esquemáticas y reduccionistas.

Partiendo de la escucha y la relación dialógica con el sujeto de la demanda, atenderemos esta y las problemáticas que presenta, así como lo que su acto le signifique y le afecta, a través de su historia, de su narración, de su **relato en primera persona**, que nos permita abrirnos a la comprensión, reformulación, elaboración y abordaje de la complejidad del acto suicidario y las posibles actuaciones que puedan realizarse.

Es preciso evitar la psicopatologización y las recetas o admoniciones moralizantes y normativas. Los criterios que se convierten en juicios – de valor – bajo el

supuesto saber del “experto” o el técnico, que entran en contradicción, no solo con el saber específico del campo del conocimiento – y de sus límites – del que se nos reclama y del que damos cuenta como profesionales, sino **que además no se respeta el saber, la dignidad y la libertad de quienes nos consultan.**

Misión del clínico será atender y sostener el compromiso y la responsabilidad de sus conocimientos y actuar en lo que se nos precise, sin caer en la aludida patologización de las conductas y malestares de la vida cotidiana; ni por contra, hacer dejación, indiferencia o desinterés, eludiendo el deber de atender y valorar – en el sentido de dar valor – el dolor y sufrimiento y las problemáticas de quien nos lo demanda. Respetando y teniendo presente prioritariamente el derecho de todo sujeto a la elección de poder decidir y disponer sobre su vida, libre y voluntariamente.

Recojo lo que Al Alvarez (13) formula: “*hay dos prejuicios graves en torno al suicidio. El primero es ese tono religioso – incluso por quienes no tienen nada de religioso – que desprecia horrorizadamente el suicidio como crimen moral o enfermedad indiscutible. El segundo es la actual moda científica que mientras trata al suicida como tema de investigación, consigue negarle cualquier significado, reduciendo la desesperación a las más reseca estadísticas*” (p.16). (Añado por mi parte: o a los genes, la neurobioquímica, las lesiones cerebrales o los trastornos mentales...).

Y para R. Andrés (5): “**una parte de la comunidad médica incurre en un error al considerar que el acto suicida comporta exclusivamente el padecimiento de una patología**” (p. 301) ... “*el dolor moral no tiene cronología. No es acumulativo. Empieza con el nacimiento de cada ser. El dolor moral y la desesperatio son consustanciales a la condición humana y que nada y todavía menos la razón pueda rebatir*” (p.312).

Referencias bibliográficas

1. Améry, J. *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. Valencia: Pre-textos. 2005.
2. Camus, A. *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza. 2011; p. 13.
3. Arendt, H. *Escritos en tiempos de guerra*. Barcelona: Bellaterra. 2000; p. 59.
4. Wittgenstein, L. Recogida en: Al Alvarez. *El Dios salvaje*. Barcelona: Emecé. 2003; p.226.
5. Andrés, R. *Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Península. 2016.
6. Critchley, S. *Apuntes sobre el suicidio*. Barcelona: Alpha Decay. 2016.
7. Foucault, M. *Hay que defender la sociedad*. Madrid: Akal. 2014; p. 206.

8. Colina, F. *Los escaparates del cuerpo*. Atopos, 8, 2009; p.68.
9. Ferrater Mora, J. *El sentido de la muerte*. Buenos Aires: Sudamericana. 1947.
10. Heidegger, M. *El ser y el tiempo*. México, DF: Fondo de Cultura Económica. 5ª revisión. 1977; p. 262.
11. Magris, C. Recogido en: Michelstaedter, C. *La persuasión y la retórica*. Madrid: Sexto piso. 2009; p. 237.
12. Scheler, M. *Muerte y supervivencia*. Madrid: Encuentro. 2001; p. 30.
13. Al Alvarez. *El dios salvaje*. Barcelona: Emecé. 1977.
14. Ortega y Gasset, J. *El hombre y la gente*. Madrid: Alianza. 2010.
15. Vygostki, L. S. *Fundamentos de la defectología*. En: Obras escogidas, tomo V. Madrid: Machado libros. 2012; p. 279.
16. Kandel, E. *En busca de la memoria*. Buenos Aires: Katz. 2007; p. 348-349.
17. Pereña, F. *El suicidio y la vergüenza*, Atopos. 2005; 4; 4-12.
18. Schopenhauer, A. Recogida en: Bonete, E. *El morir de los sabios. Una mirada ética sobre la muerte*. Madrid: Tecnos. 2019; p. 292.
19. Marx, K. *Sobre el suicidio*. Ediciones El Viejo Topo. 2012.
20. Kung, H. *Morir con dignidad*. Un alegato a favor de la responsabilidad. Madrid: Trotta 2010; p. 63.
21. Pessoa, F. *Libro del desasosiego*. Barcelona: Seix Barral. 2014; p. 153.
22. Séneca, L. A. *Sobre la brevedad de la vida, el ocio o la felicidad*. Barcelona: Acantilado 2013; p. 88.
23. Freud, S. *Duelo y melancolía. Obras completas*. Tomo I. Madrid: Biblioteca Nueva. 1976; p. 1075-1082.
24. Briffault, R. *Las madres*. Buenos Aires: Siglo XX. 1974; p. 182.
25. Ajuriaguerra, J. *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray Masson. 1979; p. 441.
26. Menninger, K. *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Península, 1972.
27. Lamas, S. *Ferrin e otras historias*. Cormia: Ed. Castro. 2007; p. 128.
28. Michelstaedter, C. *La persuasión y la retórica*. Madrid: Sexto piso. 2009; p. 14-16.
29. Kawakami, Reseña de su libro *Abandono a la pasión*. En: Narbona, R. *El cultural* 9-XII-2014.
30. Disponible en:
<https://plandeevasion.wordpress.com/jacques-rigaut-el-poeta-de-la-autodestruccion>
31. Rhodes, J. *Instrumental*. Barcelona: Blackie Books. 2015; p. 133-134.
32. Durkheim, E. *El suicidio*. Madrid: Akal, 2008.

33. Byung-Chul Han. *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder. 2012; p. 25-32.
34. Byung-Chul Han. *Topología de la violencia*. Barcelona: Herder. 2016.
35. Bauman, Z. *Comunidad*. Madrid: Siglo XXI. 2009.
36. Cioran, E. M. Recogida en: Andres, R. *Semper dolens*. Madrid: Acanalado. 2015; p. 376.
37. Jaspers, K. Recogida en: Bonete, E. *El morir de los sabios*. Madrid: Tecnos. 2019; p. 318.
38. Menéndez, F. *El instinto de la muerte en Novoa Santos. Acerca de la muerte, el suicidio, la eutanasia y el derecho a decidir...* En: Simon, D. Gómez, C. (Editores), *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia en el S. XXI*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/51. Madrid. 2013; p. 45-53.
39. León Pérez, P. y Navarrete, E. *Consideraciones en torno a la muerte voluntaria*. Norte de Salud Mental. 2012; 10 (42); 30-36.
40. Andrés, R. *Semper Dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona. Acanalado 2015; p. 391.
41. Novoa Santos, R. *El instinto de la muerte*. Madrid: Morata. 1927; p. 132-133.
42. Sampedro, R. <http://www.eutanasia.ws/Ramtest.html>
43. Nietzsche, F. *El crepúsculo de los ídolos*. Madrid: Alianza. 1975; p. 109-110.
44. Cohen Agrest, D. *Por mano propia. Estudios sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 2007; p. 282.
45. Jaspers, K. Recogida en: Andrés, R. *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Acanalado. 2015.
46. Ortiz Lobo, A (editor). *Dossier sobre Prevención. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2019; 39 (135); 159-259.
47. Menéndez, F. *Nuevos paradigmas en salud mental para el siglo XXI. Vulnerabilidad y prevención. La falacia diagnóstica de la discapacidad. Del niño como sujeto a la patologización de las conductas*. Revista Anales de la Fundación Cannis Majoris. 2019; 4, 163-189.
48. Navarrete, E. Herrera, J. *Los límites de la prevención del suicidio*. Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2019; 39 (135); 193-214.

La utopía del preventor: ¿un bello día, un mundo libre de suicidios?

The preventer's utopia: one beautiful day, a suicide-free world?

Guillermo Rendueles.
Psiquiatra. Gijón (España).

RESUMEN

Este escrito critica las pretensiones y paradojas de los planes de prevención del suicidio y sus contradicciones con los principios bioéticos de autonomía.

Palabras clave: *suicidio, eutanasia, sociobiología, bioética.*

ABSTRACT

This article criticizes the claims and paradoxes of suicide prevention plans and their contradictions with the bioethical principles of autonomy.

Key words: *suicide, euthanasia, sociobiology, bioethics.*

Cuando escucho a algún mandatario de la psiquiatría pública pontificar sobre los éxitos en planes de prevención del suicidio lo asocio a un texto, publicado por la OMS a finales del siglo pasado, en donde definían la salud como una especie de estado de bienaventuranza o “máximo desarrollo de potencialidades del hombre”. Auguraba el texto un “bello día” en que las clínicas psiquiátricas desaparecerían en el marco de una sociedad del bienestar universal donde los miedos y tristezas se disolverían en unas relaciones interpersonales de acogida y empatía tuteladas por la medicina comunitaria. La realidad de la sociedad líquida, por el contrario, ha dejado a cada individuo aislado y flotando, o mejor hundiéndose, en “las heladas

aguas del cálculo egoísta” que, con mejor talento, anticipó Marx para las sociedades capitalistas. Lejos de desaparecer, las consultas psiquiátricas son el único lugar de asilo y escucha de los sufrimientos cotidianos que actualizan la vieja función de lo religioso -ser el corazón de una sociedad que no lo tiene- o el doble ilusorio de una comunidad que ha dejado de existir.

Cuando escucho los cada vez más intrusivos planes de prevención del suicidio -reclamados por otro lado como derechos populares- en los que se trata de implantar un sistema de vigilancia y control (con peligrosos parecidos al sistema carcelario de poner una sombra -un preso de confianza- para que evite la puesta en acto suicida sin

modificar en absoluto el horror del mundo cotidiano del preso que le hace desear la muerte) no puedo sino asociarlo al chiste del borracho que busca las llaves bajo el farol y no en la oscuridad de la pérdida porque allí hay más luz.

Se aumentan los cuidados psi porque es más fácil psiquiatrizar la vida cotidiana que cambiar las situaciones vitales que llevan al suicidio. Los niveles de sufrimiento que esa estrategia ocasiona, tanto en los pacientes como en su entorno, son ignorados por estadísticas cuantitativas que solo miden disminuciones de tasas de suicidios consumados como éxitos terapéuticos. Uno de los suicidas que defendió y consumó su elección suicida –Améry al que volveremos a escuchar en este escrito– refiere que al despertar de una tentativa suicida y percibir el paternalismo sonriente del personal sanitario sintió una humillación mayor que cuando fue torturado por los militares nazis.

J. Millas describe una distopía –quizás para los diseñadores de planes antisuicidio una utopía– en la que consumir un suicidio se ha hecho imposible. Es una sociedad tan desarrollada como capaz de detectar un intento de suicidio en el momento que se inicia y avisar a un equipo de resucitadores que acude al lugar en que ese acto ha tenido lugar reponiendo las constantes vitales que el suicida se ha atrevido a perturbar.

A pesar de esa imposibilidad práctica, los suicidas siguen insistiendo en ese “vicio absurdo” y cuando el efecto de las drogas (las prótesis que se insertan en sus centros del placer cerebral enfermo) pierde eficacia, recaen en sus conductas como una especie

de adición a “levantar la mano contra sí mismos” (de nuevo una expresión de Améry).

Algunos suicidios que seguí en Gijón epitomizan esa lucha entre la prevención o el tratamiento del intento de suicidio y el deseo profundo de darse muerte. Un hombre de mediana edad con una biografía tremenda por el estigma desde el nacimiento de ser el hijo de una conocida y escandalosa mendiga gijonesa y continuar esa vida de pedigüeño, ponía fin a su vida haciendo explotar un par de cartuchos de dinamita que se puso en los bolsillos de la chaqueta. Previamente había tenido media docena de tentativas suicidas por medios más habituales que habían sido evitados y tratados por policías, internamientos, consultas psiquiátricas que nuestro informado abandonaba sin empezarlo. Los mendigos que lo acompañaban en la puerta de una parroquia comentaban a posteriori su rabia-tristeza cada vez que despertaba en las urgencias hospitalarias.

Sin salir de Gijón, otra suicida encuentra el valor para darse una difícil muerte tras ser etiquetada de simuladora (por una docena de intentos previos) cuando se fuga con otra paciente del Hospital Psiquiátrico de Oviedo y ambas se ahogan con el agua a la cintura en la playa gijonesa desoyendo las voces de quienes intentan su salvamento.

Por ello creo que toda la epidemiología psiquiátrico-administrativa con que se construye la suicidiología como especialidad, se encuentra presa de un enredo epistemológico que la hace improductiva a nivel científico y confusa en sus presupuestos

bioéticos. De ahí la conveniencia de intentar desenredar el término.

Thomas Szasz¹ recoge la evolución léxica de la palabra suicidio que va desde la muerte voluntaria del mundo clásico hasta desembocar en la palabra suicidio como la construcción de un tabú en el pasado siglo. Afirma nuestro autor que si, por ejemplo, en lugar de interrupción voluntaria del embarazo los grupos pro vida hubiesen impuesto el término feticidio para describir el mismo fenómeno, tendrían ganada la guerra por su ilegalización. Améry también emprende esa batalla lingüística –antes de que inevitablemente le etiqueten como tal– proponiendo substituir tanto el término freudiano de instinto de muerte como el de suicidio por palabras que incluyan la libertad existencial en el significante como “inclinación a la muerte” y “darse muerte”².

¿El suicidio pertenece entonces a ese grupo de palabras ambiguas que nos enredan en confusiones por crear falsas identidades? Creo que sí y por eso la primera cuestión a la que me enfrento al escribir este texto, es si al hablar de suicidio significamos un fenómeno o una serie de fenómenos en los que la lengua común y la teoría psi se solapan, homogenizando y dando una falsa identidad a unos actos heterogéneos que tienen en común la muerte propia.

¿Existe el suicidio o variadas formas de darse muerte etiquetadas como suicidios? O más en

extenso ¿existe el suicidio como fenómeno inequívoco o las diferentes perspectivas psiquiátricas, forenses, sociológicas homogeneizan actos heterogéneos bajo el mismo nombre? La necesidad de apellidar el suicidio con un “en” implícito (suicidio en el alcoholismo, en los jóvenes, en la depresión) y un “por” explícito (suicidio lógico, suicidio romántico, suicidio huida) parecen indicar lo heterogéneo del fenómeno que impone una falsa identidad en base al final común mortal.

De ahí la pertinencia de la pregunta sobre la existencia del suicidio. Aunque los triángulos y los adoquines existan, no lo hacen con la misma forma de existencia, de ahí que las aproximaciones a esas realidades nos haga dudar que el psicoanalista que interpreta la muerte de un paciente desde las tesis de la identificación con el agresor hable del mismo suicidio que el epidemiólogo relacionando esa muerte con el clima o la crisis económica.

Los propios suicidas no siempre inscriben su muerte en clave trágica o reactiva a una situación sin salida, sino que algunos llegan a la muerte voluntaria por curiosidad, abulia, disgusto por el clima o la carestía de la vida. Dostoyevsky³ se escandaliza de la frivolidad de una joven rusa que en el exilio italiano, se envenena con morfina dejando una nota en la que promete celebrarlo con champán si se despierta a la mañana siguiente. Juegos

1 Thomas Szasz (2002). *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós.

2 Jean Améry (2005). *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. Valencia: Pre-textos.

3 Teresa Cañas en una excelente tesis sobre Dostoyevsky y el suicidio reflexiona sobre los dilemas morales que para el autor saca a flote el suicidio.

desde las redes sociales de jóvenes con conductas de alto riesgo son más frecuentes de lo que se piensa.

Los estudios de género se enfrentan al mismo tipo de preguntas cuando estudian la genealogía del término mujer y no encuentran detrás más que el etiquetado de unas prácticas performativas que construyen desde el poder las definiciones de sexo-género-persona. La muerte voluntaria se performa y construye de forma similar al concepto suicidio.

Otro aspecto del enredo suicida procede de sus dificultades para separarse de los juicios de valor y del mundo del derecho. La caracterización del campo científico desde Weber como el de los hechos libres de valores nos enreda de nuevo con pleitos con el léxico bioético. ¿Se puede estudiar el suicidio como un hecho desde una actitud libre de valores? Difícilmente, porque el suicidio hace chocar dos principios que llegan a destiempo a la bioética. Por un lado, atenta contra el valor aceptado antiguamente como primario y paternalista en medicina –el del valor de la vida humana–, pero por otro con el recién llegado principio de autonomía que libera a cada uno para disponer libremente de su propia vida, aceptando o rechazando intervenciones terapéuticas. Las contradicciones para legislar sobre la eutanasia son un excelente revelador de ese conflicto de valores. En España se condena a un médico a dos años

de prisión por colaborar en Avilés en el suicidio de una paciente diagnosticada de Trastorno Límite y en Bélgica se persigue judicialmente a otro por no colaborar y asistir como había prometido al suicidio de una joven que sufriendo lupus termina ahorcándose.

Para unos la vida parece en sí mismo el bien que no hace falta justificar: el suicidio sería una anomalía del instinto básico de supervivencia. Conservarla en medio de sufrimientos atroces muestra una virtud heroica digna de ser narrada e imitada rotulándola de vida ejemplar. Biografías como las de Hawking o Just que, inválidos y dependientes, son capaces de seguir pensando y disfrutando de los recuerdos hasta el fin, son la prueba de que se puede conservar la dignidad con sondas, pañales y alimentación artificial. La reciente decisión del financiero Luzon de enfrentar una enfermedad invalidante y mortal como el ELA aprovechando el tiempo que le sea dado para propagar o probar remedios ejemplifica ese discurso prometeico de seguir apurando la vida a pesar de la segura derrota. Para ese discurso heroico, la elección de la muerte voluntaria es cobardía, error de juicio o una alteración del humor que lleva a desperdiciar el capital temporal que nos es dado para elegir la muerte ahora⁵.

El discurso opuesto enfatiza la idea estoica que valora la muerte voluntaria como el último recurso de autonomía y la última

4 Judith Butler en *El Género en Disputa* desarrolla la polémica y se pronuncia por esa tesis performativa que origina una interesante catarata de disputas ideológicas del campo feminista.

5 Martin Heidegger (2003). *Ser y tiempo*. Madrid: Trota. En esta obra insiste en que la reflexión del ser para la muerte que nos hace salir de la existencia impropia-impersonal nada tiene que ver con el miedo a “morir ahora” del hombre masa que evita pensar el suicidio.

puerta abierta a la libertad. El suicidio según esa filosofía nos posibilita a no ser esclavos ni del tirano que la historia nos impuso, ni del azar de un sufrimiento inhumano al que un error celular nos condena. El suicidio nos hace dueños de fijar el límite de lo intolerable o indigno.

Ese sistema de valores tiene también sus héroes en aquellos que aceptan testimoniar sus muertes voluntarias en grabaciones y textos difundidos por las organizaciones pro-eutanásicas o las de sus acompañantes médicos o familiares que arriesgan sus carreras apoyando la autonomía del suicida para decidir su muerte.

La práctica psiquiátrica se ciega habitualmente a esos dilemas que seguramente califica de metafísicos y repite cifras de suicidas con enfermedad mental y protocolos de prevención de conductas suicidas como continuación del orden judicial que prescribe internamiento obligatorio o interrupción de huelgas de hambre de presos que intentan suicidios altruistas.

Frente a esas perspectivas propongo dar la palabra a los suicidas y escuchar sus relatos, releer sus notas de despedida como el mejor acercamiento a esos diversos dramas y raras comedias sin tratar de generalizar o imponer universales donde hay diversidades.

No ignoro que incluso ese estudio puede violar una de las intenciones implícitas y a veces explícitas de los suicidas: al darse

muerte se desea romper la relación con los otros y cerrar la puerta al mundo de los vivos. Entre mis casos la nota suicida más breve y explícita en ese sentido es la de un joven que, antes de ahorcarse, deja escrito “Iros a la mierda” que creo suscribirían otros muertos.

Más prudente y sentencioso Cesare Pavese, que se suicida tras muchos años de reflexión y balance reflejados en un diario indispensable para conocer la rumia presuicida⁶, nos pedía en su nota de despedida “no chismorrear demasiado”. Conocía la tendencia humana a lo corvino. Sabía que como un muerto no puede defenderse todo el mundo podía entrar a saco en su biografía y practicar cualquier abuso interpretativo. En cada suicidio de hombres públicos se reproduce la secuencia temida por Pavese y el chismorreo postsuicida es casi un género literario.

Al escribir sobre el suicidio es obvio que no aplico la norma de Wittgenstein sobre la necesidad de callar cuando no hay nada claro que decir, sino de reiterar su advertencia contra la seducción de la palabra que crea la magia de un significante que permite incluir en la misma identidad situaciones tan lejanas como la de un adolescente que, ante su primer fracaso amoroso se dispara en el corazón, la de un anciano solitario y enfermo que decide abreviar su mala vida o la de un paranoico que obedece a sus deseos de acusar y castigar al objeto perseguidor culpándolo de su muerte. Por ello cabe interrogarse

6 Cesare Pavese (2001). *El oficio de vivir*. Barcelona: Seix Barral. Su texto termina diciendo “es solo un gesto, mañana no escribiré más” fue considerada insuperable y aplazó el suicidio de Styron, celoso por no poder dejar una despedida similar en *Esa visible Oscuridad*. Madrid: Capitán Swing, 2018.

¿tiene algo que ver el sujeto que se quita de en medio tras una reflexión filosófica que le lleva al nihilismo, al suicida por depresión o la ordalía del conductor de alto riesgo que espera al volante de su coche el juicio de Dios en la próxima curva de la carretera en que circula en dirección contraria?

El enredo semántico procede también de la genealogía: el suicidio es una categoría heredada por la psiquiatría de la medicina legal y esta de lo legal a secas que por motivos de lógica burocrática deben clasificar las muertes no naturales en voluntarias o involuntarias vale decir también en homicidas o suicidas.

Asier Amezaga⁷, en un excelente artículo, resalta como las divergencias aparentemente burocráticas sobre diferente cuantificación del suicidio entre las Estadísticas de Suicidio y las Causas de Muerte responden a prácticas de dos oficios tan distintos como el de juez y el de forense.

Resalta el autor como lo que se denomina estadística de los motivos de suicidio son en realidad opiniones de los registradores de suicido sobre el acto de darse muerte. Que jueces y forenses pertenezcan a dos gremios genera el que sus datos se dirijan a dos ministerios distintos –Sanidad y Justicia–

con epistemologías basadas en dos criterios tan distintos como lo anatomopatológico contra la intencionalidad. Todo ello justifica esa variación en los guarismos estadísticos⁸.

El término “autolisis”, usado por los forenses, refleja también el diferencial semántico de ambas prácticas pues acerca a los forenses a la conducta humana con la conducta de la célula que se destruye por su cronobiología, obviamente sin ninguna intencionalidad. Por el contrario, el juez habitualmente restringe la significación del suicidio a la responsabilidad civil del accidente o la muerte voluntaria y por eso no confirma automáticamente el criterio de suicidio del forense. Para el juez el suicida debe saber que su acto produce la muerte y no obedecer a otras intenciones. El acto y la intencionalidad mortal deben estar íntimamente conectados entre sí para sentenciar suicidio excluyendo los efectos no queridos de un chantaje afectivo o una llamada de atención del seudo-suicida.

En uno de los casos de la tesis doctoral del Profesor Jorge Díaz⁹ figura la protesta judicial del representante de una viuda contra el forense que califica como suicidio la muerte de su marido, un funcionario que se arroja desde un sexto piso de su lugar de trabajo y que dice así:

7 Amezaga Extebarria, A. *100 años de suicidio en España*, www.fes-sociologia.com/files/congress. En él se inaugura la aplicación antropológica de las teorías de Bruno Latour en España sobre la necesidad de reinterpretar la estadística como productos de oficios.

8 Ya en 1999 Carmen Tejedor contrasta los 75 suicidios contabilizados en el Instituto Nacional de Estadística en Barcelona con los 149 del Instituto Anatómico Forense de la misma población. Recogido por Ramón Andrés en *Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Península, 2016.

9 El registro de todos los suicidios registrados en los juzgados de Gijón entre 1975-1986 estudiados en la tesis doctoral de Jorge Díaz.

“En dicho informe forense se afirma textualmente y sin equívocos que la muerte del citado esposo se debe a suicidio. Ha de tenerse en cuenta que esta calificación tiene unas consecuencias amplísimas, no solo en el orden moral sino en el material, de los derechos que a los familiares del extinto pudieran alcanzarle, entre cuyos familiares figura una hija única minusválida.

Con el mayor respeto el médico forense al practicar la autopsia alcanza a conocer las razones inmediatas del fallecimiento de las cuales ha de hacer la correspondiente descripción científica. Pero es evidente que se le escapan otras circunstancias relacionadas con la muerte como pueden ser la intencionalidad, que más bien corresponden a la investigación policial o judicial.

La calificación concreta de suicidio implica lisa y llanamente la adjudicación de un hecho a un autor concreto. Y es evidente que, en buena práctica jurídica, que una autoría solo puede ser definida por sentencia firme que en este caso no se ha dictado”.

Solicita por ello “que en el informe figuren las causas del fallecimiento mas sin sacar conclusiones deductivas sobre la posible intencionalidad de tal muerte que exceden de sus facultades legales y que en el mejor de los casos no podrían pasar del terreno de las presunciones”.

La respuesta del forense afirma la voluntariedad como criterio objetivo por las fracturas del cadáver pero asume el papel decisor del juez: “Siendo la misión de los médicos

forenses la de informar y asesorar al Sr. Juez sobre las causas probables de la muerte y demás circunstancias que la determinan y como consecuencia de las diligencias practicadas en este auto hemos llegado al convencimiento de que la muerte se debe a una precipitación voluntaria. No obstante nuestra misión termina en este informe y la calificación legal no nos corresponde”.

Dos sentencias judiciales que corrigen la calificación inicial de suicidio del anatómico forense citadas en el artículo de Asier Amezaga parecen dar la razón al representante de la viuda respecto a las cautelas del silogismo práctico muerte voluntaria-suicidio.

En la primera, el juez califica de accidente la muerte de una mujer que ingirió una dosis alta de fármacos sin saber su carácter mortal y avisó luego a una ambulancia que la llevó al hospital donde falleció a consecuencia de complicaciones metabólicas de la intoxicación. En la segunda, la muerte de un hombre que se clava una navaja como acto impulsivo en el curso de una discusión familiar y termina falleciendo a causa de las heridas complicadas es de nuevo calificada de accidente “porque el actor no tenía intencionalidad de causarse la muerte sino de descargar la rabia contra si evitando una hetero-agresión”.

Ambas sentencias cambiaron radicalmente la situación legal y económica de los herederos de ambos casos que pudieron cobrar seguros de vida y otras ayudas negadas a los suicidas.

Prevención del suicidio: ¿como la tuberculosis o como el divorcio?

Contra esa diversidad la arrogancia de la sociobiología asume el reto de reducir ese discurso a verborrea, caracterizando al suicidio como un hecho biológico pontificando que el suicidio “o es una enfermedad o es el resultado de una enfermedad mental”.

Wilson inicia su monumental tratado¹⁰ afirmando el artificio de la pregunta de Camus y la irrelevancia de su respuesta existencial: la selección natural nos ha dotado de unos genes que a través de nuestro cerebro, ya han contestado la pregunta camusiana sobre si la vida merece ser vivida muchos miles de años antes que nuestro filósofo la formulase. Las subespecies de homínido que la contestaron negativamente o no afirmaron con suficiente agresividad la voluntad de vivir desaparecieron del planeta por falta de descendencia.

Escribe Wilson: “Dice Camus que la única cuestión filosófica seria es el suicidio”. Esto es un error incluso en el sentido estricto en que fue dicho. El biólogo interesado en problemas de fisiología e historia de la evolución se da cuenta de que el conocimiento de si mismo está forzado y condicionado por los centros emocionales situados en el sistema límbico y el hipotálamo. Estos centros llenan nuestro consciente con todas las emociones estudiadas por los filósofos de la ética que desean intuir los modelos del bien y del mal (...).

¿Qué originó los sistemas hipotalámicos y límbicos? La evolución natural. Esta simple afirmación debe entenderse en profundidad para entender la ética y la epistemología.

La propia existencia o el suicidio que la concluye no constituye el problema central de la filosofía (...), los centros de control emocional del filósofo son más inteligentes que su consciente solipsista, pues saben que el tiempo evolutivo individual cuenta muy poco y la selección natural es el mecanismo para reproducir determinados genes en la generación siguiente.

La moralidad del gen es el título de Wilson para ese apartado de su libro decide con más precisión que cualquier filósofo la prohibición del suicidio: los grupos de homínidos con una dotación genética que no se opongan firmemente al suicidio, que no sostengan un fuerte instinto de supervivencia tenderán a desaparecer en la complicada selección de poblaciones.

A su propia pregunta de ¿Puede el absurdo dictar la muerte? Camus contestó que el esfuerzo de Sísifo por subir hasta la cumbre a pesar de que volvería a la base, bastaba para llenar el corazón del hombre y contestar la burla de los inmortales por nuestra condición efímera que banaliza y extingue ese esfuerzo.

Ese trágico juicio es certero, afirma Wilson anticipando la tesis del altruismo genético de Dawkins, “pero tiene poco sentido si no se examina a la luz de la teoría evolutiva. El

10 Wilson, E.O. (1985). *Sociobiología*. Barcelona: Omega.

complejo hipotálamo-límbico de las especies altamente socializadas sabe o mejor dicho está programado para que sus genes principales proliferaran solo si coordinan comportamientos que dan juego a una eficaz supervivencia personal, a la reproducción, y al altruismo. En consecuencia los centros gravan con ambivalencias la mente consciente siempre que el organismo se encuentre en situaciones de tensión. Ambivalencias creadas no para favorecer la felicidad de los individuos sino para favorecer una máxima transmisión de los genes controladores en la siguiente generación”.

De acuerdo con ese modelo algunos genes producirán estados emocionales que reflejen el balance de fuerzas de la selección natural siempre a favor de sobrevivir y dejar más copias en la generación siguiente y el ya citado Dawkins¹¹ completa el esquema afirmando el substrato de egoísmo genético en las aparentes conductas de auto sacrificio altruista.

Antonio Damasio¹² reafirma la misma idea desde una neurología de base spinozista: el Connatus, el deseo de perdurar en la existencia es algo que se produce a nivel celular, se organiza en sistemas y el cerebro lo registra en niveles de abstracción progresivos que culminan en el auto relato biográfico. Si el

único fin evolutivo de cualquier ser vivo es dejar mas copias en la generación siguiente, el suicidio sería el fracaso de esa fuerza biológica que nos incita desde lo genético a perseverar en la existencia logrando la única eternidad que nos es posible frente a la muerte individual.

Conductas que se opongan a ese *duro deseo de durar*¹³ –de base genética– como la suicida solo son explicables desde la biopatología del estado de ánimo. Cualquier pregunta que cuestione el valor de la vida ya expresaría patología depresiva porque, según nuestros autores, “seguir viviendo es un instinto que no necesita balance alguno”. La duda ya supone psicopatología: el suicidio es para ellos una enfermedad que comienza en esa pregunta y termina en el acto de darse muerte¹⁴.

Jaspers ya tuvo ocasión de deleznar en sus inicios esa visión etológica de la psicopatología. Uno de sus colegas Edgard Baumgarten¹⁵ introdujo en la Universidad de Konisberg a Konrad Lorenz cuando este no tenía recursos ni para alimentar a sus famosos gansos. Baumgarten intentaba que Lorenz demostrase que los juicios a priori kantianos –nociones de espacio/tiempo que enmarcan nuestro conocimiento del mundo– eran epifenómenos de nuestra historia evolutiva y que la selección natural era la causante de esos universales.

11 Richard Dawkins (1993). *El Gen Egoísta*. Barcelona: Salvat.

12 Antonio Damasio (2009). *En busca de Spinoza*. Barcelona: Crítica.

13 La cita poética es de Damasio en su último texto *El extraño orden de las cosas. La vida, los sentimientos y la creación de las culturas*. Barcelona: Destino, 2018.

14 Ringer es el autor canónico que describe inicialmente ese síndrome suicida con sus fases y desarrollos.

15 *La lucha* de Jaspers y Baumgarten por la herencia intelectual de Weber es un tópico lleno de historias sórdidas. La acusación de criminal nazi y la expulsión de la cátedra de Baumgarten fue contestado con la exhibición de las cartas amorosas de Weber a su amante que rompió la veneración jasperiana por el maestro.

En su trato cotidiano Lorenz exhibía un naturalismo que hacía gracia a su protector y horrorizó al ascético Jaspers: en mitad de un banquete, Lorenz meaba en un lavamanos para señalar su territorio o cazaba abejorros con la boca para el postre. Jaspers liquidó la relación de la psicopatología con la etología y con Lorenz afirmando “esos científicos naturales son como una especie de monos que viven en los árboles y con la mayor naturalidad saquean los árboles ajenos” (...) “La psiquiatría es un árbol con fenomenología propia vedado a los naturalistas groseros”. Me temo que para disgusto de Jaspers una psiquiatría biológica más grosera que la etología se ha apoderado de la psicopatología.

La endogeneidad y la tectónica de los sentimientos son términos olvidados para calificar las depresiones o las psicosis que antaño pretendían conectar lo biológico con la psicopatología.

La pereza o la ignorancia de la psiquiatría biológica actual que es incapaz de rastrear la genealogía que haga más potente sus argumentos sobre la causalidad depresivo catecolamínica del suicidio me hace añorar los textos clásicos de López Ibor, que con términos más o menos esotéricos, justificaba los actuales tratamientos con antidepresivos de las neurosis por ser enfermedades del ánimo¹⁶.

El divorcio, como el suicidio o el aborto es un acontecimiento que supone un gran sufrimiento tanto a sus protagonistas como a su entorno. Disminuir sus tasas mejoraría el balance hedónico de la población pero a ningún planificador se le ocurriría cerrar

el camino a las rupturas de pareja o analizar el grado de depresión o ansiedad de los protagonistas de ese drama como factor explicativo central. Miles de trabajos sobre la epidemiología del suicidio investigan y miden los más pequeños detalles de la fisiología o la etiología del suicida como un fenómeno orgánico como si fuese una enfermedad infecciosa y fijan en el uso de antidepresivos ultrarrápidos la solución del drama suicida. Quizás convenga contextualizarlo de otra forma.

Suicidio Racional y Eutanasia: el permiso de suicidio

Las discusiones sobre si la eutanasia, el derecho al suicidio asistido o si la legislación tolerante de Oregón y Holanda inician un proceso de pendiente resbaladiza se parecen a las polémicas sobre el aborto en el sentido de la incapacidad de un consenso, o al menos un conflicto no turbado por insultos debido a la imposibilidad de la separación weberiana entre los hechos y los juicios de valor.

A pesar de ello, la observación de 15 años de práctica eutanásica en esos países ofrecen datos interesantes. El número de casos de muerte por suicidio-eutanasia desde 2015 en Holanda fue importante y creciente (más de seis mil personas, el 4% del total de muertes). Pero si los aspectos cuantitativos son buenos para pensar, los problemas cualitativos que plantean los casos psiquiátricos que han permitido la muerte voluntaria de pacientes con diagnósticos psiquiátricos en principio tan reversibles como alcoholismo, el trastorno por estrés postraumático o el duelo patológico son más importantes aún.

16 López Ibor, J.J. (1966). *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid: Gredos.

El criterio de sufrimiento individual insostenible que justifica que dichos casos, más allá de la etiqueta diagnóstica, hayan sido considerados como indicados para el suicidio asistido en los últimos años en Holanda exige repensar el contenido de las campañas para prevenir el suicidio.

Para un futuro cercano los legisladores holandeses discuten ampliar las indicaciones del derecho al suicidio asistido para personas sin enfermedad física o mental, con cansancio o hastío de vivir. El perfil sería el de los ancianos que sin patología física o psíquica grave se despiertan cada mañana con el pesar de no haberse muerto en esa noche y pasan el día sin energía vital, sin encontrar sentido a la existencia, sin perspectiva de un futuro sin ninguna vivencia agradable o placentera.

En términos psiquiátricos serían pacientes más anhedónicos que depresivos, que estarían faltos de esperanza y cansados de la vida. El balance vital de estas personas sería el de una vida completa y acabada que está viviendo un tiempo de más que resta bienestar. Un tiempo sin proyecto ni futuro al que quieren poner término.

El contexto favorable a estas posiciones esta teorizado por las Asociaciones a Morir Dignamente que junto a un razonamiento empírico de “mejor ayudarles que esperar que se tiren al tren”, afirman el derecho de cada persona a disponer a voluntad de la duración de su vida, derecho que va más allá de la enfermedad y que expresa un deseo razonable de morir según un tiempo personal¹⁷ no sometido al reloj de

la naturaleza. De nuevo Dostoyevsky a través de Kirilov reafirma que esa acción nos diviniza, nos hace dueños de nosotros. Nos da unos yoes no sometidos a Dios o sus substitutos metaforizados como naturaleza, vida o sociedad.

El término clave del dilema es razonable y el matiz exigido por el legislador holandés consiste en que la decisión de muerte debe ser firme, continuada y duradera. Por el contrario, argumentan los teóricos anti eutanasia que el deseo de muerte observado empíricamente en varios estudios con pacientes terminales es fluctuante, ambivalente e hipotético. Muchas veces relatan los cuidadores de cancerosos en etapas terminales no se trata tanto del deseo de no vivir sino del de no vivir en estas condiciones de dolor, soledad o indignancia física o psíquica.

Razonable y racionalidad que en el caso de la eutanasia práctica cabe materializarlo como cálculo hedónico: un síntoma nuevo a veces que no añade gravedad clínica pero puede ser el sumando decisivo para que el paciente se sienta incapaz de asumirlo y decida morir.

Así unos simples acúfenos, un síntoma menor en clínica deciden a Beltrán, 64 años, ganadero que vive en zona rural gijonesa a ahorcarse en la cuadra de su propiedad. Eso le parece la mejor solución al balance hedónico en que lleva viviendo las últimas décadas. Los acúfenos se suman a una larga lista de trastornos crónicos que ya no puede aguantar ni quiere que con ellos le amarguen la vida a los que le aguantan a él. Según refiere la esposa Beltrán se despierta a las

17 Es casi una cita literal de la fórmula de Fernando Marín presidente de la *Asociación Española por el derecho a morir dignamente*.

seis de la mañana y le dice a ella que siga durmiendo que él se encarga del ganado. Cuando a las ocho va al establo lo encuentra ahorcado.

Deja una nota dirigida a sus hijos que dice así: “Queridos hijos: os pido y ruego que miréis por vuestra madre pues yo me veo aburrido y desecho pues por curar una cosa estropeo otra y así llevo treinta años y estos días no controlo los nervios porque veo a vuestra madre arrastrada y peleando con el ganado y con todo y después conmigo que le doy mucho que hacer cuando ella está mejor para no hacer nada porque todo lo que hace es porque tiene una fuerza de voluntad como pocos en este mundo.

Yo sufro por ella más que por mi así que si hago un disparate perdonarme todos porque yo de seguir viviendo voy a estar sufriendo porque además de todo lo que tenía, la pierna, la tensión, la próstata, la úlcera, el reuma y la columna estos días tengo un ruido en la cabeza que no puedo soportarlo”.

El cálculo que suma los dolores y malestares –piernas, la tensión, la próstata, la úlcera, el reuma– se descompensa con un síntoma banal para los médicos –los acúfenos– pero sobre todo por la sensación de que con ruidos en el oído él es una carga familiar para su esposa. La suma, el cálculo hedónico, cambiaría si la decisión fuese entre vivir de otra manera, dar que hacer a la esposa o morir.

Claro, comprensible e inobjetable es el balance hedónico que hace Rigoberto para suicidarse donde se trata de elegir entre vivir sufriendo y “dando que hacer” a quien no puede atenderlo o morir. Rigoberto es un albañil de 70 años, casado y con cinco hijos que estaba a tratamiento con morfina por una

neoplasia pulmonar. Se ahorca en la cocina de su casa y en el reverso de un sobre con propaganda deja una sencilla nota: “Esposa te pido perdón a ti y alguno de la familia pero yo esto no lo puedo soportar más y así descanso y tu y los que andan alrededor también./ Nombre /Adiós para siempre”.

En el balance hedónico deberían estar incluidos obviamente no solo los malestares y dolores físicos sino el sufrimiento producido por acontecimientos vitales desgraciados. Entre los casos holandeses aceptados por la comisión que autoriza los suicidios asistidos figura una mujer de 50 años incapaz de asumir el duelo por la muerte de su marido que culmina la suma de desgracias que producen un dolor tan extremo en el que la muerte es lo menos malo que puede ocurrir y a pesar de la etiqueta depresiva no mayor, el sufrimiento subjetivo y la voluntad de muerte decide la autorización de la comisión que evalúa el suicidio asistido.

Los debates sobre eutanasia-suicidio asistido giran en el fondo sobre nuestra capacidad o incapacidad para realizar ese cálculo hedónico de forma racional: con cuánto dolor- bienestar merece la pena vivir constituye un problema de difícil respuesta racional incluso en los cuadros extremos.

Contra nuestra capacidad de no cometer un error fatal en ese cálculo –no hay posibilidad de corregirlo– están dos bloques de argumentos aportados por dos disciplinas tan distintas como la neurofisiología cerebral y la psicología económica.

El instinto básico de supervivencia, “el gusto de sentir la existencia en su continuidad biográfica” nos los proporcionan algunos sistemas cerebrales automáticos e inconscientes que, según Damasio, materializan

el concepto spinoziano de Conatus: nuestro cerebro estaría modulado por una continua sensación de existir que nos produce placer. Cuando cesa esa sensación de lo que ocurre es que está fallando algún sistema homeostático que es preciso reparar¹⁸ y no tirar la máquina a la incineradora, nos alecciona Damasio que ejemplifica su tesis con el que parecería el caso ideal para indicar un suicidio asistido: el Síndrome de Encierro o de Secuestro.

Pacientes con lesión en el tallo cerebral presentan un cuadro de parálisis corporal total, relacionándose con el mundo mediante un único movimiento ocular. Mediante ese movimiento pueden mantener un diálogo fluido con su medio y mostrar una conciencia intacta: si el interlocutor es paciente en traducir su movimiento pueden llegar a dictar un libro. Por ese diálogo sabemos que lejos del infierno depresivo que les atribuimos transferencialmente tienen un estado de ánimo eutímico, rara vez se angustian e incluso dejan de lado antiguas preocupaciones y fobias.

El síndrome del Secuestro le sirve a Damasio para elaborar una teoría de los sentimientos como bucle corporal –de nuevo el *nos ponemos tristes porque lloramos*– pero a nosotros puede servirnos para poner en duda la facilidad de las quiebras del balance hedónico que puede llevar al suicidio. Si el balance hedónico no es el producto de ese cálculo racional, de esas fáciles comparaciones de sumas de dolores y placeres sino un producto de mecanismos

homeostáticos no accesibles a la conciencia, el suicidio racional sería un mito más del error cartesiano que según nuestro autor denomina la psicología popular.

Kahneman es otro autor multicitado en este escrito que recibe el Premio Nobel de Economía por derruir el supuesto del Decisor Racional como protagonista de las conductas económicas y las decisiones cotidianas reales. Descubre que, frente al hombre racional que decide en cada situación según el sensato balance de pérdidas-ganancias, los sesgos de pensamiento del hombre real convierten en un mito los cálculos hedónicos.

Podemos acercarnos al pensamiento de Kahneman partiendo de sus descubrimientos en el tema del dolor. Cuando podemos elegir, los humanos decidimos irracionalmente tanto en situaciones dolorosas de laboratorio –el experimento aguantar el frío metiendo la mano en un balde helado– como ante pruebas reales como elegir un tiempo corto o largo de colonoscopia.

En ambos casos no acertamos al escoger recibir el menor dolor posible porque nos quedamos siempre con la última sensación y no sabemos sumar todo el dolor recibido (suma absolutamente imprescindible para realizar un cálculo hedónico correcto).

En concreto ante pruebas experimentales de dolor (como mantener la mano en agua helada durante distintos tiempos) los sujetos prefirieron repetir pruebas en las que sumaban minutos de dolor porque no recordaban

18 Antonio Damasio (2001). *La sensación de lo que ocurre: cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Barcelona: Debate. Junto a sus textos más neurofisiológicos y filosóficos sobre Descartes o Spinoza, aquí se plantea el caso que referimos de secuestro o encierro.

más que el final de la vivencia en la que tras los cinco minutos de agua helada se templaba antes de sacar la mano. Ante la elección de repetir mantener la mano en el agua helada cinco minutos y poder sacarla frente a la prueba de mantener la mano ocho minutos con el agua igual de fría los cinco primeros minutos más tres de agua progresivamente calentada, los sujetos del experimento preferían sumar esos tres minutos de dolor a los cinco ineludibles. La prueba podía ser repetida cuantas veces se quiera confirmando siempre la irracionalidad del cálculo hedónico del humano real frente al elector racional que debería elegir los cinco minutos en vez de memorizar y decidir por la tibieza del agua del último minuto.

En colonoscopias observadas por el mismo equipo en las que se variaba la retirada brusca e inmediata una vez terminada la prueba o se le dejaban otros cuantos minutos al paciente con la cánula reduciendo progresivamente la molestia, de nuevo, el último recuerdo se impuso al cálculo racional del menor tiempo posible en la prueba con preferencias por el dolor contrario al cálculo hedónico.

El cálculo del placer tampoco mejoraba mucho la capacidad del humano real en la toma de decisiones racionales: de nuevo disociamos claramente el sentimiento real del recuerdo del mismo.

Cuando en los estudios de bienestar percibido se empezaron a medir con una observación directa mediante registros informáticos de bienestar y malestares reales del día a día, los resultados contradijeron claramente los cuestionarios sobre relatos y recuerdos de experiencias¹⁹ de los sujetos del experimento.

Durante el día laborable, los peores momentos no eran en el trabajo aunque fuese monótono y poco creativo, sino en las aburridas conversaciones nocturnas frente a la tele. Las mañanas de trabajo eran más placenteras que las de los terribles domingos vacíos de actividad. Para mayor sorpresa, tiempos de recuperación de una colectomía recordados como muy desgraciados y tiempos de vacaciones recordados como felices cuando se medían con registros en tiempos reales de registro de vivencias de bienestar-malestar presentaban muchas similitudes: la adaptación automática hacía que sentimientos desgraciados y felices se igualasen en la realidad vivida frente al recuerdo biográfico.

De ahí la dificultad de calificar un suicidio como una decisión racional: no hay una línea objetiva que marque el límite entre el dolor o el sufrimiento soportable y el insostenible y el elector se autoengaña tanto en sus balances de dolor como en los de placer. El mito cartesiano denunciado por Damasio y las dificultades del elector racional ponen en serios apuros la valoración holandesa del suicidio racional.

Mark Langedijk es incluido en dicho programa de asistencia al suicidio con la aprobación de su familia por padecer un alcoholismo grave crónico y con múltiples deterioros físicos, psíquicos y sobre todo sociales. Elige con cierta frivolidad un 14 de julio para morir “dulcemente” acompañado, entre otros, por su hermano que describe con horror las devastaciones del alcohol sobre la persona – “igual que un cáncer”– y lo consolador de la ceremonia del adiós suicida.

19 Csikszentmihalyi, M. (2008). *El yo evolutivo: una psicología para un mundo globalizado*. Barcelona: Kairós.

Otra mujer del mismo país con cincuenta años obtiene también la asistencia suicida por un cuadro de duelo grave tras quedar viuda y sufrir diversas desgracias que cronifican un “estado depresivo intenso sin posibilidad de mejoría”.

Pero de todos los suicidios asistidos en Holanda el más sorprendente es el de una joven de veintipocos años que obtiene la misma asistencia suicida por sufrir un grave trastorno por estrés postraumático con síntomas de anorexia, trastornos disociativos y autolesiones con múltiples intentos suicidas previos.

Si Dostoyevsky hubiese leído esos tres casos y hacemos caso a su interpretación por Cañas³, tendría pocas dudas de que el nihilismo domina ya nuestras sociedades y la frivolidad para renunciar al tiempo que nos es dado en favor del hedonismo y el confort puede terminar con nuestra cultura.

Desde luego que este texto no es un tratado de bioética y no hay lugar para evaluar las polémicas de suicidio asistido en pacientes mentales y hasta qué punto la cronicidad y la distorsión cognitiva extrema en las psicosis o los sesgos de pensamiento de los “normales” imposibilitan la decisión racional de la muerte voluntaria. Pero palabras como prevención del suicidio pueden quedar obsoletas si predomina el modelo holandés convirtiéndolas en campañas propagandistas.

Asombra de cualquier forma como la medicalización y el control de la salud se amplía hacia el poder de dar la muerte en una ya tradicional alianza de jueces, médicos y trabajadores sociales que pretenden burocratizar en protocolos legales el mundo de la vida y monopolizar el poder para permitir o negar el derecho a darse

muerte: ingreso psiquiátrico involuntario o eutanasia son las nuevas posibilidades de esos biopoderes.

Esas redes de poder entran en incoherencia cuando separan suicidio-eutanasia y reclaman prevención de uno y asistencia al otro como un servicio sanitario más. Si el suicidio asistido es un derecho, su negación por parte del médico puede llevar a una reclamación judicial como de nuevo ocurre con el caso Milou de Moor que, tras ahorcarse, dejó a sus padres el encargo de la reivindicación contra su médico. Este era ambivalente con su decisión y no la ayudó cuando quiso apoyarse en él para que le ofreciese medidas prácticas para su suicidio ¿qué sentido puede tener y cuando debe desalentarse un suicidio si se considera un derecho?

El papel de las campañas anti suicidio tendrían en ese sentido un parecido de familia con las campañas antiaborto, tanto en la afirmación del valor de la vida como el valor superior a la libertad para disponer de ella como para definir sin artificio las condiciones prácticas para acceder a dicho derecho.

Solo desde una moral de la ambigüedad el conflicto no se resuelve, pero sí se sitúa en un marco comprensible. J.P. Sartre frente al dilema de Camus, sobre si la vida tiene o no sentido o merece la pena ser vivida en una situación trágica, afirma que el dilema no es el sentido sino mi deseo, mi querer vivirla en mi situación concreta lo que resuelve la aporía. La elección suicida corresponde a ese mundo de lo íntimo-privado y la elaboración del deseo irreductible por ello a cualquier evaluación legal, sanitaria o burocrática.

Wittgenstein reprochaba a los filósofos tener constantemente ante la vista el método científico y responder o escribir sobre

cuestiones éticas al modo de la ciencia. Esa imitación nos dice es la verdadera metafísica que oscurece la filosofía.

De ahí que frente a un escrito en formato de material-método-resultados prefiera en este texto el relato de unos suicidas que nos enfrenten a esos dilemas del razonamiento práctico y la decisión de sus protagonistas alejándome de intentar cambiar las biografías de personas gravemente heridas por las de sus cerebros o su sociología.

El Panóptico de Cuidados: Una escalada hacia el Suicidio

La historia de algunas personas que sufren violencias íntimas y traumas precoces – maltrato sexual en la infancia, violaciones – las hacen candidatas al suicidio por razones cercanas a las de las víctimas de la shoah que se consideran dañadas sin posible reparación como veremos en mi segunda historia. Hay golpes en la vida de los que recuperarse es prácticamente imposible y que por mucho que elogiemos la resiliencia, la búsqueda de terapias cada vez más agresivas se convierte en una escalada de patología.

El tópico psiquiátrico habitual habla de cómo la falta de tratamiento en esos trastornos resulta un factor de riesgo suicida y el reproche habitual a la asistencia psiquiátrica consiste en acusarla de que la desatención y la carencia de tratamientos o vigilancia de esas víctimas les predisponen al destino autolítico. Se descuida a mi juicio en esos reproches los factores de iatrogenia de nuestros tratamientos que, con falsas promesas, etiquetados y profecías autocumplidas, encierran a las víctimas de esas violencias íntimas en redes psi, evitando cualquier

perspectiva y búsqueda de contención o cambios vitales enmarcados en la ayuda de grupos naturales y búsquedas de apoyos no profesionales. Buscar ayuda donde prometen curas por altas tecnologías ciega la búsqueda en espacios cotidianos y terapeutas silvestres que contengan la experiencia traumática.

El suicidio de una paciente que traté durante su último verano, y que había sufrido agresiones sexuales infantiles en el medio familiar, me parece útil para repensar esa iatrogenia especialmente escandalosa por los tratamientos neuroquirúrgicos que sufrió en contraste con la poca atención a la normalización que logra cuando participa en grupos de voluntariado o logra vincularse amistosamente con amigos.

Mari Fe es una mujer de 54 años que se suicida arrojándose desde el sexto piso de la vivienda de su madre con la que convive cuando estaba siendo tratada por mí en el verano del año 2019. Ha sido tratada previamente por media docena de psiquiatras y una docena de psicólogos públicos y privados de diversas autonomías del Estado Español.

El diagnóstico coincidente es TOC en comorbilidad con Trastorno de Personalidad. La anomalía del tratamiento de Fe es que también ha tenido tres intervenciones neuroquirúrgicas prescritas por psicólogos-psiquiatras durante el tratamiento de sus trastornos que, por su rareza estadística, pasamos a consignar como una expresión de esa escalada de terapias que no aceptan los límites reales de nuestros remedios.

La primera intervención neuroquirúrgica de M. Fe tiene lugar en la muy prestigiosa Unidad de Neurocirugía de la Clínica Ruber cumpliendo todos los protocolos e

indicaciones prescritos por la ley, tras ser perfectamente historizada tal como copiamos a continuación de su primer informe de ingreso-tratamiento en esa clínica:

“Paciente de 43 años que nació por cesárea a término. Entre sus antecedentes familiares figura una abuela materna y un tío abuelo con enfermedad de Parkinson y madre con depresión en tratamiento. No tiene hermanos y mantiene buena relación con su padre, enfermo de infarto de miocardio.

Como antecedentes personales destacan mononucleosis, vértigo posicional paroxístico y liposucción abdominal. No alergias. Inicialmente hablo y anduvo con normalidad. Durante su primera escolaridad tuvo dificultades para separarse de su madre y permanecer en el colegio y además sufrió trato estricto por su maestra. Llevó una vida normal con estas particularidades siendo una niña normal y muy limpia.

A los 7 años de edad sufrió un abuso sexual continuado por parte de su abuelo paterno, consistentes en tocamientos y existió una respuesta rápida y eficaz por parte de su familia suspendiendo el trato con dicha persona. Desde entonces M. Fe tuvo temores al encontrar personas mayores y fue desarrollando un cierto sentimiento de culpabilidad por lo sucedido: “Me he venido sintiendo sucia y algo culpable porque pensaba que lo podía haber seducido yo”.

A partir de los 13 años se fue intensificando la preocupación por los sucesos anteriores y M. Fe buscaba explicaciones para todo. Durante ese tiempo pudo desarrollar una vida intelectual normal y ha podido obtener una licenciatura en Ciencias

Empresariales. Refiere que le costaba concentrarse y requería gran tensión para el estudio.

Empezó a desarrollar ideas obsesivas sobre el resultado de los exámenes con miedo a suspender y comprobaba con frecuencia los actos de la vida diaria. A lo largo de estos años la paciente fue desarrollando ideas obsesivas en torno a la limpieza y dudas que exigían comprobar acciones cotidianas junto a compulsiones de limpieza.

Estos problemas se han acentuado sobremanera en los últimos 4 años. En todos estos años la paciente ha venido sufriendo problemas para las relaciones y tratos intersexuales que han desembocado en un matrimonio anulado tras experimentar maltratos psicológicos de parte de su primera pareja y en una segunda relación poco satisfactoria socialmente y sexualmente irregular.

En otro orden de cosas ha sentido rechazo en el trabajo y desde 1998 tuvo que dejar su actividad laboral por acosos laborales, lo que le hizo padecer hipersomnia y permanece en situación de incapacidad laboral desde entonces.

Todas estas situaciones le han creado una cierta angustia y se fue alejando de las relaciones sociales de su entorno. Pudo realizar diversas actividades (voluntariado, cursos diversos, estudio de idiomas, natación) pero actualmente (2013) está bloqueada no puede centrar su atención, sus ideas obsesivas y su entorno poco estimulante se lo impiden.

A los 15 años de edad M. Fe consulta por primera vez con un psiquiatra que le diagnostica una depresión y trata

con ansiolíticos. A los 24 consulto con un psicólogo porque le agobiaban las obsesiones logrando una cierta mejoría con incorporación al trabajo. A los 29 años ya el diagnóstico es de TOC grave e inicia tratamientos antidepresivos en escalada asociados posteriormente a neurolépticos. Tras sus problemas de parejas junto a la depresión sufre crisis de angustia y actualmente sus rituales de limpieza limitan mucho su actividad y solo ha mejorado parcialmente con olanzapina.

Nunca ha mostrado agresividad, pero se enfada cuando se le lleva la contraria. Me indica que sus problemas fundamentales son la soledad y las obsesiones que hacen su vida muy limitada y desesperanzada.

Me aporta (escribe el neurocirujano autor de la anterior historia) una evaluación psicológica que manifiesta una ansiedad importante, depresión grave junto al TOC ya reseñado. También aporta un completo informe del doctor ME de su CSM en donde se ponen de manifiesto los múltiples tratamientos farmacológicos que la paciente ha llevado a cabo sin éxito.

En la entrevista encuentro una enferma colaboradora, su situación neurológica es normal y tanto ella como sus padres me informan adecuadamente.

Juicio Clínico: Esta paciente sufre TOC grave e inhabilitante con evolución muy negativa.

En este caso el procedimiento indicado consistiría en la realización de una capsulotomía bilateral junto a una cingulotomía anterior bilateral. La finalidad de este procedimiento consistiría

en mejorar su cuadro obsesivo así como disminuir la ansiedad que acompaña a la situación. Corrigiendo estos aspectos, la paciente podría desarrollar una mayor capacidad intelectual y social. Esto se consigue en un 70% de los pacientes operados en estas condiciones (las obsesiones en concreto mejoran en el 90% de los pacientes operados) aunque la mejoría es muy variable en función de que la paciente cambie de hábitos e inicie una reeducación para llevar una vida más activa e intelectualmente estimulante.

Los motivos para realizar una intervención quirúrgica estereotáxica en el caso de esta paciente son:

- Cronicidad del proceso durante más de 5 años.
- Fracaso de los tratamientos psiquiátricos aplicados habiendo llegado hasta un límite razonable de los mismos.
- El que como consecuencia de sus conductas el paciente no pueda desarrollar sus actividades de acuerdo con sus capacidades.
- Es preciso obtener el consentimiento de la paciente, que 2 psiquiatras independientes valoren su estado y pronostiquen mejoría con su operación.
- Es preciso evaluación psicológica pre y postoperatorio que se ha realizado ya.
- Es preciso un estudio de radioimagen en concreto una RM Cerebral Funcional (...)

El informe termina con una detallada relación de los riesgos inherentes a la operación que son correctamente explicadas y asimiladas por M. Fe.

Esta primera intervención quirúrgica tiene lugar a finales de septiembre del 2008 y Fe es dada de alta con otro informe que hace constar que se le ha practicado la capsulotomía anterior bilateral y cingulecotomía anterior bilateral mediante la realización de 2 agujeros de trepano frontales bilaterales y planificación estereotáxica (...).

Tras una evolución positiva a nivel quirúrgico la paciente es dada de alta con una evaluación que afirma: “la paciente se encuentra más tranquila y le agobian menos las obsesiones, ha sido posible cortar los rituales y hemos podido disminuir los psicofármacos aunque aún continua con antidepresivos y neurolépticos. Lleva una vida activa estos días aunque algo distraída que permite el alta”.

Un año más tarde cuando M. Fe tiene 44 repite su ingreso en la misma clínica neuroquirúrgica con el siguiente informe para una nueva intervención quirúrgica.

“Paciente ya intervenida que tras una mejoría inicial a lo largo de los tres últimos meses ha vuelto a sufrir cuadros obsesivos que le han bloqueado su actividad habitual acompañados de rituales en relación con la limpieza.

En el curso postoperatorio inicial el cierre de la herida quirúrgica derecha había sido laborioso ... La exploración neurológica es normal y se ha realizado a la paciente una RM observándose que en lado derecho la capsulotomía es amplia y está bloqueada toda la parte anterior de la capsula, lo mismo ocurre en la cingulatomía izquierda pero en la derecha es menos extensa ya que el cíngulo esta menos desarrollado y aun

existen conexiones, en el lado izquierdo aun persisten conexiones al lóbulo frontal habiéndose bloqueado aproximadamente la capsula en un 50%.

Se ha llevado a cabo nueva intervención consistente en reapertura de trepano frontal izquierdo, ampliación de la capsulotomía izquierda efectuando dos lesiones a distintos niveles y bloqueando todo el componente anterior de la capsula.

El curso postoperatorio es normal y de nuevo “ha evidenciado inicialmente mejoría en cuanto a componente obsesivo”.

Por desgracia M. Fe empeora y en la unidad de neurología del HUCA la gravedad del cuadro obsesivo se la caracteriza como “una paciente con TOC grave y Depresión con nula respuesta a todo tipo de tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y quirúrgico” a la que se le plantea por neurocirugía de ese centro “la neuroestimulación de ambos núcleos accumbens así como la de la parte antero medial del núcleo subtalámico”.

Las intervenciones se realizan en dos actos quirúrgicos distintos. En el primero “se implantan los electrodos cerebrales profundos en ambos núcleos acumbens así como en la región límbica de ambos núcleos subtalámicos... En la segunda varias semanas después “se implantan dos neuroestimuladores tipo Kinetra en ambas regiones infraclaviculares conectados a los electrodos intracerebrales”.

La evaluación posterior de la intervención quirúrgica es de que tiene nulos efectos sobre la sintomatología de nuestra paciente que sigue tomado antidepresivos,

ansiolíticos y neurolépticos a dosis altas con persistencia casi idéntica de sus síntomas.

Entre los cientos de interacciones que M. Fe ha tenido con las docenas de terapeutas hay algunas que le resultan especialmente negativas. Así en una auto biografía que escribe por sugerencia mía escribe.

“En 2007 no sabía a qué psiquiatra ir y una abogada – (M. Fe solicita repetidamente sin conseguirla una gran invalidez y frecuente gabinetes jurídicos llegando a pleitear en el T. Constitucional)– me aconsejó a A.M. a cuya consulta acudí. Cuando comencé a contarle mi historia me interrumpió a los 15 minutos y me dijo que me iban a hacer una prueba mandándome ir a otra habitación. Allí había una camilla y otro señor me mandó tumbarme y me colocó filtros de colores en la frente, nuca y pecho. Me preguntó si tenía una hija y le dije que no, respondiéndome “entonces hay algo mal en el terreno sexual”. A mí me dejó de piedra porque no me conocía de nada y yo no conté nada tampoco (...).

Pero a los dos días de esto yo empecé a gritar en casa y a imaginarme al abuelo paterno frotándose contra mí... Me arrinconé en casa y no quería que nadie me tocara.

Llamé a la clínica y conté lo que me había pasado. Me contestaron que no me preocupase que estaría así uno o dos meses y que luego me pondría bien.

Los filtros me dijeron que era una terapia Bio Holo Energética. Me pusieron los filtros varias veces y yo cada vez estaba más agresiva. Siempre he pensado que

esto fue lo que me empeora el TOC porque ese año fue el del empeoramiento”.

M. Fe también ha seguido múltiples psicoterapias con terapeutas de diversas escuelas e incluso se desplazó a Madrid y Galicia para seguir algunas de ellas e hizo seguimientos informáticos de algunas de ellas. La valoración de esas terapias por M. Fe no es negativa sino inane. Algún terapeuta privado incluso no le cobra sus honorarios y M. Fe se lo agradece pero no siente ninguna mejoría con ninguna técnica que incluye una cura tipo psicoanalítica que abandona a los dos años y que no le deja apenas recuerdos.

En esa cascada de terapias la llevó a ingresar en el Hospital Universitari de Bellvitge en el 2012 durante 18 días que en teoría estaba especializado en terapias del TOC.

De nuevo el informe de alta refiere una mejoría que la realidad desmiente. Dicho texto refiere en sus párrafos la falsa percepción de esa evolución por sus terapeutas.

“Paciente con clínica obsesiva en el momento actual altamente incapacitante. Refiere preocupación obsesiva por la suciedad y lavado ritualizado, duchas prolongadas, evitación de tocar objetos (que la toquen, salir a la calle, que la rocen sus padres, no tocar la mesa al comer con los brazos. Se limpia el cuerpo con toallas de limpiar WC). Dada la clínica se decide ingreso y tratamiento.

Evolución Clínica: La paciente se muestra adaptada a la dinámica de la planta durante todo el ingreso y se inicia CBT intensiva por equipo de

psicología de la Unidad (entrenamiento en respiración abdominal, técnica de exposición con prevención de respuesta y técnica de reestructuración cognitiva) con reajuste farmacológico y reevaluación de neuroestimuladores cerebrales....

A lo largo del ingreso la paciente presenta mejoría de la sintomatología ansiosa asociada a sus obsesiones con disminución de la medicación de rescate y con auto-control progresivo de sus compulsiones al lavado realizadas previamente. Ha mejorado de forma importante la motivación y las técnicas de enfrentamiento a estresores ambientales.

A nivel afectivo la paciente también ha experimentado mejoría, hecho que ha influido en la correcta evolución de la enfermedad de base y a la colaboración con los tratamientos recibidos.

Dada la ausencia de gravedad clínica (¡!!!) ni de ideación de muerte en el momento actual y el correcto soporte familiar se decide alta a domicilio con dos sesiones semanales de CBT en nuestro centro dentro del protocolo establecido, además de seguimiento ambulatorio para reajustes en los neuroestimuladores tras el alta hospitalaria”.

Por desgracia esa mejoría reseñada dura muy poco y M. Fe refiere idénticos síntomas obsesivos agravados -cuando yo la veo- por un duelo intenso a la muerte de su padre tras graves conflictos con los médicos que le atendieron y conflictos con su madre en mala relación: “Mi madre no entiende mi enfermedad y yo solo quiero reunirme con mi padre para dejar de sufrir” comenta M. Fe en una de las primeras entrevistas conmigo.

En la sucesión de contactos psiquiátricos acude a mi consulta a primeros de enero de 2018 y a finales de junio del año siguiente se suicida arrojándose desde la ventana del domicilio de su madre con quien mantengo contacto y trato con antidepresivos a posteriori de la muerte de M. Fe.

En las primeras consultas, ante lo abigarrado de su historia le pido que escriba una auto biografía para tratar de aclarar/separar tanto los aspectos clínicos como los existenciales de su vida y tratar de introducir cambios.

El texto tiene una extensión que imposibilita su inclusión en este artículo pero el diálogo clínico conmigo gira en torno a sus fracasos en todas las relaciones afectivas que M. Fe ha intentado, así como la mejoría que ha presentado en su sintomatología cuando ha tenido relaciones afectivas o grupales satisfactorias frente al agravamiento absoluto ante las pérdidas afectivas que culminan con el duelo paterno, dado que su padre había sido refugio que contenía cada decepción afectiva.

Por ese diálogo desfilan desde el primer matrimonio anulado canónicamente porque no fue consumado y su marido fue condenado a no poder contraer nuevas nupcias sin permiso eclesiástico hasta un último intento de vivir en pareja con un familiar lejano cuyo inicio según el relato de M. Fe tiene relación con el suicidio: “De la familia de mi madre llegaban noticias de que el hijo de una prima quería suicidarse. Yo recordé lo que Y (una amiga que la apoyo tras la depresión reactiva a su anulación matrimonial) había hecho por mí y me sentí obligada a ayudarle.

Fui a verlo en compañía de mis padres. Apenas hablaba, pero había anunciado que no pasaba de Semana Santa. Yo quedé con él para comer el Domingo de Ramos

y poco a poco comenzamos a contarnos nuestra vida y las dificultades de Juan Luis en la convivencia con su padre, en la gestión de la finca y el ganado del que vivían. Seguíamos saliendo y un día él me tocó y sentí como si un rayo atravesara mi cuerpo”. La relación sigue en progreso y cuando están planteándose vivir juntos M. Fe recuerda el consejo que le dio un ginecólogo que la exploró durante su proceso de anulación matrimonial de “probar antes” y “efectivamente quise tener relaciones que fueron plenas y satisfactorias”.

Cuando M. Fe compra una casa en un barrio del extrarradio gijonés y se van a vivir juntos la relación quiebra por todas partes: la ciudad le parece una cárcel a Juan Luis y la casa de campo en que vivía anteriormente no está habitable como para que vaya M. Fe. En ese contexto de conflicto las relaciones sexuales empiezan a quebrar “Antes de ir a vivir juntos le hicieron la circuncisión porque en el momento de la penetración tenía dolores y corría riesgo de desgarro. Cuando se curó la herida no tenía erección y yo sentí que se me estaba repitiendo mi historia”. Juan Luis tuvo un largo periplo por urólogos y sexólogos hasta que al final una mañana desapareció de casa dejando una nota suicida. Interviene la guardia civil y M. Fe logra que vuelva a casa e inmediatamente le exige que vaya al psiquiatra y rompe la relación con él.

M. Fe considera que Juan Luis la utilizó para arreglar el conflicto con su padre y sacar provecho económico de la relación sin que existiese un vínculo amoroso real y por tanto consideró la ruptura como inevitable a pesar del dolor que le provocó “otro fracaso mas”.

M. Fe todavía intenta otra relación afectivo sexual mas utilitaria. Cuando un vecino se

ofrece a enseñarle a conducir porque es camionero M. Fe percibe su interés sexual y a pesar de que ella es 16 años mayor que él, lo que según ella imposibilita la “relación con futuro”, decide aprovechar lo que dure y curiosamente funciona bien hasta que se da cuenta de que su acompañante se avergüenza de ella y de que la oculta, llevándola a lugares donde no coincidan con vecinos o familiares.

Cuando M. Fe reprocha ese papel de “la ocultada por vergüenza”, se produce una crisis que origina que M. Fe conduzca alocadamente en una aparente ordalía suicida y la relación se rompe.

Cuando evaluamos su biografía M. Fe considera que los mejores años de su vida fueron los que estuvo integrada en un grupo de voluntariado donde junto a la actividad de ayuda, logró integrarse en un colectivo que “salían a cenar los fines de semana, pasaban el año nuevo en un refugio rural” y donde conoció a Y la mejor amiga que nunca tuvo y donde también surgió una relación amorosa con un compañero de grupo que no perduró por su desplazamiento laboral.

Tras un año de idilio grupal y estabilidad psicopatológica M. Fe se siente discriminada en el grupo donde “todo lo deciden sin contar conmigo” y la sucesión de conflictos en relación con un estigma de conflictiva, la lleva a romper con todos y volver a su soledad de hija única.

La relación amistosa especial con Y que pertenecía a ese grupo de voluntariado fue valorado por M. Fe como el “más que una hermana”. Con ella normalizó y controló sus síntomas y con ella “viaje por Europa y un día especialmente feliz de S. Valentín brindamos por no tener más amores “porque el amor trae desgracias”.

La quiebra de esa relación fue especialmente traumática para M. Fe. Y sufre sucesivamente un cáncer de colon y una esclerosis múltiple por los que fallece. Previamente M. Fe que ha cuidado de Y, acompañándola en el doloroso vía crucis de médicos y hospitales, se siente excluida del núcleo íntimo de amigos que permiten la restricción de visitas hospitalarias. Cuando se lo plantea a Y esta le dice a Fe “conmigo no has hecho más que teatro” M. Fe se desconcierta y al irse le dice a su amiga que la llame si la necesita. Esa llamada nunca se produce y M. Fe asiste de mala gana a los oficios fúnebres sin hablar con nadie más que los padres de su amiga sintiéndose excluida del círculo amistoso que antaño compartió.

En la nómina de desengaños afectivos figura otra amiga que le había declarado de nuevo que eran como hermanas; pero tras casarse y notar un distanciamiento progresivo y preguntar M. Fe por qué no la llama le contesta “Fe si yo no tengo amigas a los únicos que quiero en mi vida es a mi marido y a mi madre”.

En la evaluación terapéutica de su caso yo señalo a M. Fe que no encuentro otra vía de mejora que intentar integrarse en algún grupo parecido al del voluntariado que tan bien le resultó. Al tratar de explorar grupos naturales sus rituales de limpieza –especialmente no poder utilizar servicios distintos al suyo– y su fobia al contacto personal la van excluyendo de dar clases a emigrantes, grupos de Cáritas, banco de alimentos u otros parecidos. Tras esos fracasos grupales donde no hace ni un solo amigo, termina por sugerencia mía en un espacio terapéutico donde inicialmente parece funcionar pero debe abandonar por una transferencia masiva con un terapeuta:

“estoy tan necesitada de afecto que aunque sé que no puede ser me cuelgo de cualquiera”.

Cuando le sugiero tantear otros grupos M. Fe me escribe defendiendo su NO PUEDO porque “ya lo intenté y no pude”: “Después de separarme, ya hice muchos cursos, unos porque me gustaban y otros para conocer gente. Aprendí a nadar, hice cursos de fotografías, aeróbic, cocina, idiomas, bailes de salón. Pero no conocí a nadie y no es porque no fuera sociable sino por la enfermedad”.

Intento en mi desescalada de exigencias de cambio que M. Fe inicie actividades de relación en redes sociales y en un principio logra conectar con un grupo de antiguos alumnos de la facultad en la que ella se formó y se muestra esperanzada con el grupo y durante tres meses parece estabilizada y conforme con esos amores de internet sobre los que bromeo con ella. Pero al cabo de un trimestre la avidez de relaciones y las exigencias de respuestas de apoyo y la intolerancia a la frustración hacen que M. Fe rompa con el grupo perdiendo poco a poco cualquier interés en mantener contactos mínimos con internautas.

Su último verano resulta un tiempo insoportable para M. Fe porque vive encerrada en casa de su madre con quien discute de continuo, no tiene ánimos ni para venir a mi consulta ni para acudir al CSM que tiene al lado de casa y solo se comunica conmigo por teléfono o la red. En uno de sus últimos mensajes me escribe: “Desde semana santa he intentado suicidarme tres veces. No soporto la vida que me ha tocado vivir. Todos los días limpiando la habitación, en el baño sin tocar nada, de no poder hablar, mirando la tapa del váter, de no poder tocar el perchero. Lo único que deseo con todas mis fuerzas es acabar con este sufrimiento”.

Cuando le insisto en que me venga a ver y valoremos juntos un ingreso hospitalario responde: “Hoy voy a verle pero no quiero ingresar de ninguna manera”. Efectivamente ni ella ni su madre admiten el ingreso en la unidad de psiquiatría “Allí me van a atontar y no quiero, hoy he hecho un esfuerzo terrible para venir. Llevo casi 24 horas sin beber para no tener que ir al baño fuera de casa y los rituales para llegar a su consulta me han llevado varias horas. Imagínese en un hospital con baños comunes”. Quedamos en mantener contacto por correo electrónico dos veces por día e intentar cambios en sus hábitos diarios y acudir a urgencias psiquiátricas si las ideas suicidas son incontrolables en su paso al acto.

Sus últimos correos incluyen una nueva sintomatología obsesiva: la imagen de su padre agonizante con ella discutiendo con el personal médico le impiden dormir y la despiertan cuando concilia el sueño. Desarrolla una especie de novela familiar en torno a un padre modélico que ayudaba a todo el mundo y con el que desea reunirse mientras descalifica a su madre a quien grita y exige colabore en sus ritos obsesivos que imposibilitan una vida cotidiana normal tanto por el tiempo destinado a lavados y orden de objetos como las prohibiciones de usar el baño o los cacharros de cocina.

Cuando le insisto en que acuda a mi consulta pretexta ese trastorno del sueño para no fijar una cita y para aplazar el ingreso me enseña mensajes de petición de ingreso en una unidad especializada en TOC en Andalucía con quien efectivamente ha solicitado información.

Sus últimos mensajes se refieren exclusivamente a peticiones de fármacos que le hagan dormir y dejar de pensar mientras espera el ingreso andaluz al que su madre está dispuesta a financiar y acompañar.

Su madre –mantengo contacto telefónico con ella– me dice en sus últimos días que la ve más tranquila y mejor. Los últimos correos son de un laconismo absoluto: tres frases referidas a un hipnótico son su último mensaje tras el que su madre me informa que a la una de la madrugada se defenestró desde su casa.

¿Es reparable el Trauma? Suicidas tras sobrevivir al Holocausto

El suicidio de Primo Levi hizo rememorar a sus coetáneos en tiempos propicios a la desmemoria sobre los daños a largo plazo que los horrores de los campos de exterminio nazis había generado.

Mary Roscales²⁰ recoge en un bello libro los comentarios que suscita la muerte del escritor en sus compañeros con una cita inicial de otra víctima y futuro suicida –Jean Améry resistente torturado y enviado a Auschwitz como nuestro autor– sobre las heridas incurables de la barbarie. Escribe Améry “Quien ha sido torturado lo sigue estando. Quien ha sufrido tormento no podrá encontrar su lugar en el mundo, la maldición de la impotencia no se extingue jamás. Con la primera bofetada se extingue la fe en la humanidad que demolida por la tortura persevera en la conciencia de la víctima”.

20 Roscales, M. (2018). *Primo Levi. La inextinguible memoria de las cenizas*. Santander: Editorial de la Universidad de Cantabria.

Conocer la maldad metafísica que dominó esos campos –que alemanes de alta cultura sintiesen el deber moral de colaborar al exterminio– produjo unas heridas psicológicas en las víctimas que el tiempo no sanó y les llevo a “alzar la mano contra sí mismos”. Steiner²¹ se pregunta en ese sentido, si en el fondo el proyecto del Monstruo –una Europa libre de judíos– no tuvo éxito dada la desaparición de la cultura que floreció en las juderías antes del genocidio y otros supervivientes concluyen sus memorias con el título de “Ninguno de nosotros debería haber vuelto”.²²

Tres de los hombres más lúcidos a los que el destino colocó entre los salvados del exterminio cometieron suicidio muchos años después de su liberación cuando eran escritores respetados. Roscales recoge en su texto la reflexión de otro héroe de la resistencia ante el suicidio de Primo Levi con quien compartió cautiverio “¿Por qué cuarenta años después, sus recuerdos habían dejado de ser una riqueza? ¿Por qué había perdido la paz que la escritura parecía haberle devuelto? ¿Qué había sucedido en su memoria, qué cataclismo aquel sábado? ¿Por qué le había resultado imposible de repente asumir la atrocidad de sus recuerdos? La angustia –se responde Jorge Semprún– “sin regate ni esperanza que Primo Levi describía al final de *La tregua* se había impuesto”.

Mientras Primo Levi combatía el horror cotidiano recitando para sus compañeros la *Divina Comedia*, la desolación en Auschwitz de Améry careció de cualquier contención, Améry se prohibió recordar a Hölderlin para no compartir lengua o gustos con los monstruos. Finalmente también el suicidio aplazado le alcanzó pero tuvo tiempo para afirmar su negativa a reconciliarse con la insignificancia y la amnesia que crecía en Europa sobre el holocausto, y al tiempo devolver su discurso de suicidario frente a de los suicidólogos.

¿Puede algún consuelo ser eficaz para evitar ese destino suicida o quién ha experimentado ese horror es irrecuperable y está ya condenado a una muerte que la liberación del campo solo aplazó²³? Améry preconizó la estrategia del resentimiento como cura y militó no solo contra la canalla nazi sino contra toda Alemania por su voluntad de olvido autoindulgente. Cambió su nombre –Hans– austríaco por el Jean de su nueva nacionalidad belga y jamás volvió a escribir en su alemán natal. Cuando reflexiona sobre el holocausto nunca intentó comprender al agresor –lo consideraba algo cercano al perdón– insistiendo en la imposibilidad de un relato explicativo sobre Auschwitz. Todos los relatos sobre el cautiverio le parecían versiones fallidas del horror, intentos de expresar lo indecible: nadie puede empalabrar un horror desconocido

21 Steiner, G. (2020). *Errata. El examen de una vida*. Madrid: Siruela.

22 Charlotte Delbo tras sobrevivir a Auschwitz y presenciar la ejecución de su marido publicó tiempo después una biografía (*Ninguno de nosotros volverá*. Barcelona: Libros del Asteroide, 2020) que concluye con ese juicio.

23 Uno de los textos fundamentales de Primo Levi se titula *Los Hundidos y los salvados (Trilogía de Auschwitz)*. Barcelona: El Aleph, 1989). Por desgracia esa salvación parece que solo fue momentánea.

hasta entonces. Con ello, nuestro autor es consciente de que se le hace difícil la supervivencia porque el trauma le priva de un relato autobiográfico coherente.

Antes de su suicidio en un hotel de Salzburgo, Améry había escrito sobre la perspectiva del suicida incompatible con la de los que quieren seguir viviendo. Los saberes psi sobre el tema resultan por ello ajenos al suicida que siente irrecuperable por cualquier práctica psicoterapéutica.

Pero antes de pasar al acto, Améry tiene ánimos para informarse de cuánto hay escrito sobre suicidios, valorarlo y discutir sin complejos con los expertos. Frente a la pulsión de muerte freudiana opone Améry el de *destruto*, una inclinación a la muerte que sin llegar a tener la fuerza de un instinto consiste en “un lento inclinase hacia abajo y una intolerancia a la serie de humillaciones con que la vida nos acerca a la indignidad”. Quizá esa inclinación es la que permite al suicidario un oscuro sentimiento de serenidad al des-implicarse del mundo y alejarse de cualquier culpa: “vivo en la Ipseidad, ya no es necesario el esfuerzo por cambiar nada, puedo vivir en la náusea sartreana sin que resuene: el mundo anda mal pero a mí no me importa”.

La afirmación central de su escrito consiste en que el suicidario –a nuestro autor no le gusta el termino suicida– ya no está determinado por la psicología porque ésta pertenece al discurso de la vida –con su imperativo Hay Que Vivir– y él, cuando ha cancelado cualquier proyecto, carece de futuro y vive en un presente continuo que sabe breve.

Por eso el relato médico en favor del tratamiento del intento de suicidio basado

en la alegría tras la recuperación de esos pacientes no convence a nuestro autor “Cuando alguien, tras una tentativa se rehabilita y da las gracias por el salvamento, es radicalmente otro que el suicida. El salvado ha reingresado en la lógica del sobrevivir en que todos estamos presos. Si alguien cuando está sano afirma que en su agonía no quiere auxilios religiosos pero cuando llega la hora llama al cura ¿descalifica esa llamada su decisión? Algo parecido ocurre con la llamada recuperación de una tentativa suicida”.

De ahí la burla tanto del discurso analítico sobre el suicidio como acto autoagresivo o narcisista como de los argumentos del mundo biológico. Améry se empodera frente a los estudios del suicidio con la muerte “el mundo no cambia sino que se acaba, afirma Améry, y por ello nada puede decirse desde el mundo de los vivos”. “Al darse muerte el suicida salta a algo que no es algo”. Nuestro autor ironiza sobre la práctica psicosocial que desatiende el sufrimiento cotidiano de una persona y en el momento del gesto suicida vuelca todos los recursos sociosanitarios sobre ella suponiendo que en realidad no quiere la muerte sino que su acto es una petición de ayuda.

Mucho más inesperada que esa muerte anunciada resulta el suicidio de Primo Levy que no relata la elaboración de esa decisión, ni deja ninguna nota de despedida. Quizás el cáncer de próstata o el duelo materno contribuyeron a poner en acto un suicidio aplazado desde la liberación. Primo Levy nos revela un sueño repetitivo y traumático que no le abandonó nunca: “me levanto por la mañana y estoy otra vez en Auschwitz pero resulta que el día es placentero en lugar de horrible”. Al final la posibilidad de

transformar los horrores sufridos en fantasías oníricas consoladoras no fue suficiente y el horror pasado reactivado por lo real llevó a nuestro autor a escoger el salto mortal para parar su sufrimiento.

La pregunta que surge ante ese salto de Primo Levy es la de ¿por qué el trauma real, el horror de la vida cotidiana en el campo desencadenó tan pocos suicidios y en cambio tuvo esa capacidad letal a posteriori? Améry cuenta como los musulmanes que languidecían inmóviles dejándose morir, carecían de la fuerza o la decisión para saltar a los alambres electrificados que harían cesar el sufrimiento y se comportaban “como esos lentos suicidios del alcohólico o el toxicómano que no tiene prisa en morir por sus hábitos”. Primo Levy coincide con el argumento: en el campo no caben actos humanos como el suicidio, la libertad es tan extraña a los internados como a los animales domésticos de una granja donde son engordados para el matadero. Por otro lado, en los lager, la muerte es algo tan cotidiana, tan inminente cada día por hambre o golpes que pensar en La Muerte estaba fuera de la fantasía del internado.

Finalmente Levy confiesa un sentimiento compartido extrañamente por otros supervivientes: la culpa. Frente a la autoindulgencia plena de mala fe de los funcionarios nazis y de la población alemana –hasta el comandante en jefe de Auschwitz en un libro de memorias que Levy prologó “solo cumplía órdenes”– las víctimas sufren culpas personales –¿por qué sobreviví yo y murieron los mejores?– buscando racionalizar un mundo concentracionario que no admitía otro relato que el del cuento atroz y sin sentido contado por un idiota. Durante el internamiento, la culpa por las

pequeñas bajezas que la supervivencia imponía, no afloraba porque la propia vida en la institución era el castigo que absolvía de cualquier sentimiento de deuda.

Frente a la basura moral de la población que a pocos pasos del campo de exterminio se beneficiaban de la industria de la muerte, los justos miraban “las aguas peligrosas del recuerdo” y como el Josef K. de Kafka sufrían una culpa no por absurda menos dolorosa. Primo Levy, que fue traductor de Kafka, se sintió siempre reflejado en el protagonista del Proceso. La vergüenza del superviviente que él describió en la *Zona Gris* fue el triunfo de la destrucción del alma en los lager. Cuando en los últimos días antes de la Liberación se continuaba obligando a presenciar el ahorcamiento de prisioneros, los capos comentaban a los futuros supervivientes “Aunque mañana lleguen los rusos solo quedáis los domados, los que de alguna forma abandonasteis la resistencia y la solidaridad con los mejores que penden de las cuerdas”. Como Josef K., Primo Levy se identifica con el agresor y tiene la fantasía de haber colaborado con los verdugos, de haber consentido con el proceso de destrucción y de ahí que como el personaje kafkiano, la vergüenza y no el orgullo del resistente es el residuo sentimental del campo.

Esa distorsión moral cercana al masoquismo, esa asunción de la culpa metafísica que Jaspers describió con maestría, fue vivenciada con horror por Levy: los nazis no eran demonios sino hombres como nosotros, con sentimientos que aun cometiendo actos horribles tenían rasgos comunes con los prisioneros y con todos los hombres. Primo Levy fue un racionalista que estudió química y escribió un texto llamado *El Sistema*

Periódico porque le permitía explicar de forma racional la realidad material. De ahí su incapacidad para enfrentarse al mal radical que otros compañeros de infortunio enfrentaron de forma adaptativa devolviendo la agresión. Cuando Jorge Semprún fue liberado del campo y comentaba, con un culto oficial americano, la contradicción de que Goethe había escrito acerca del campo y un cuidador alemán del museo goethiano, presumía de cultura clásica ante ellos desde una ventana que permitía ver los hornos, displicente mientras encerraba al necio a punta de pistola en un armario comentó “A los nazis no hace falta comprenderlos basta con ajusticiarlos”.

Primo Levy nunca se conformó con esa praxis y la imposibilidad de empalabrar el trauma, de transmitir la experiencia del campo a los más jóvenes seguramente le acercó al suicidio compartiendo el sentimiento de anacronismo con Améry. Los internados han dejado allí “la costumbre de vivir que se adquiere al nacer” y fracasan como narradores cuando tratan de transmitir un sentimiento que no resuena ni en sus conciudadanos, ni en los círculos académicos que dan por buenas las banalizaciones del mal que Arendt argumenta con tanta habilidad como estulticia.

Primo Levy escribía también relatos de ciencia ficción. En uno de ellos *–Hacia Occidente–* describe una tribu amazónica con una ética que llama “emocional” que prescribe el suicidio racional del que hablo en este escrito: la vida es el resultado de un equilibrio entre placeres–dolores que cuando está descompensado con un exceso de sufrimiento hay ritualizada una discusión abierta ante un consejo de ancianos y si su evaluación resolvía la ecuación hedónica en

negativo el consejo facilitaba y animaba al suicidio.

Algo similar atribuyen sus cercanos a Primo Levy aunque nunca lo expresó. Junto al evidente dolor del cáncer de próstata, la muerte de su madre debió llevar a Primo Levy a recordar otro texto kafkiano que guardaba como lectura devota: *La Carta al Padre*. El padre nunca es mencionado por nuestro autor porque evocaba un doloroso recuerdo. Al alistarse en los grupos guerrilleros de la resistencia al fascismo comenta con uno de sus compañeros la afiliación de su padre por gregarismo y deseó salvar sus negocios al partido fascista.

¿Por qué el recuerdo deja de ser riqueza? se pregunta Semprún al conocer la muerte de Levy. Castilla del Pino contesta que la imposibilidad de mantener la coherencia del relato biográfico hizo que la angustia contenida desde la salida del lager se desbordase e inundase a nuestro autor que escogió la muerte como bálsamo que frenase la dispersión de su biografía en la incoherencia.

Bruno Bettelheim había sufrido también los horrores del campo de Dachau y evaluó muy bien las dificultades del superviviente: la indefensión en el campo ha creado tales vivencias de impotencia y terror frente al mundo que solo es posible sobrevivir si quienes te rodean forman un círculo seguro que conoce de primeras el horror.

Él encontró ese espacio de contención en el Estado de Israel. Grupo de seguridad construido por un colectivo con fuertes vínculos de tradiciones y cultura que crea un hogar judío que da tierra propia a los que nunca la tuvieron. Ya no eres un cosmopolita que vive en un lugar en ninguna parte, repite

el coro de fundadores del estado israelí: vives en un lugar seguro, rodeado de gente que te cuida, que profesa tus creencias y rezará tu Kadish cuando tu faltes y otros cojan la cita y continúen lo que tu fundaste.

A pesar de que Israel fue para nuestro autor esa tierra y el estado sionista su grupo de seguridad –si fue perseguido por judío solo podía sentirse integrado como tal– escribió que el cansancio de vivir y la incapacidad de dejar correr una existencia (que consideró “dañada sin remedio” en el campo) hasta su extinción se impuso.

Bettelheim se suicida en 1990 y los medios de comunicación oficiales israelíes le dedican un encendido panegírico que incluye su nombre en la Sinagoga del Recuerdo donde una voz repite una y otra vez, a todas horas y todos los días del año los nombres de los judíos asesinados en la shoah.

Guillermo Rendueles
Correspondencia: grendueles@gmail.com

Abordaje y prevención del comportamiento suicida en el sistema sanitario español: enfoque, límites y riesgos

Approach and prevention of suicidal behaviour in the spanish health system: approach, limits and risks

Juan M. García-Haro ⁽¹⁾, Henar García-Pascual ⁽²⁾,
Marta González González ⁽³⁾, Mónica T. Sánchez Pérez ⁽⁴⁾
y Sara Barrio-Martínez ⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ FEA Psicología Clínica. Centro de Salud Mental de Adultos. Pola de Siero. Servicio de Salud del Principado de Asturias (España).

⁽²⁾ Enfermera Especialista en Salud Mental. Servicio de Salud del Principado de Asturias. (España).

⁽³⁾ FEA Psicología Clínica. Red de Salud Mental de Araba. Osakidetza. Euskadi. (España).

⁽⁴⁾ Enfermera Especialista en Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud. Madrid. (España).

⁽⁵⁾ Psicóloga General Sanitaria. Investigadora en el Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL). Cantabria. (España).

RESUMEN

En los últimos años la prevención del suicidio se ha convertido en una prioridad en las políticas de salud de muchos países de nuestro entorno. En España no existe un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Es por ello, que los servicios de salud de casi todas las Comunidades Autónomas han incorporado estrategias, planes y/o protocolos de prevención y tratamiento del suicidio dentro de sus líneas prioritarias de atención. Cabe preguntarse cuáles son las premisas que subyacen a estas estrategias y si es posible pensar el suicidio desde otros modelos alternativos. El objetivo de este artículo es describir y discutir, desde una perspectiva crítica, pero basada en la literatura y la práctica clínica, el abordaje tipo del riesgo suicida según se aplica en el sistema sanitario español. Se concluye que dicho abordaje sigue

ABSTRACT

In recent years, suicide prevention has become a priority in the health policies of many countries. There is no National Suicide Prevention Plan in Spain. This is the reason why the health services of almost all the Autonomous Communities have incorporated suicide prevention and treatment strategies, plans and/or protocols within their priority areas of care. It is worth asking what are the premises underlying these strategies and whether it is possible to think about suicide from alternative models.

The objective of this article is to describe and discuss, from a critical perspective but based on clinical practice, the standard approach of suicide risk as applied in the spanish healthcare system. It is concluded that this approach follows

un modelo básicamente biomédico, el cual puede ser no sólo ineficaz sino incluso contraproducente si se concibe como primario y no como una rama más del tronco psicosocial de la prevención.

Palabras clave: suicidio, fenomenología, prevención, factores de riesgo, factores de protección, prevención del suicidio.

a basically biomedical model, which can be not only ineffective but even counterproductive if it is conceived as primary and not as another branch of the psychosocial trunk of prevention.

Key words: suicide, phenomenology, prevention, risk factors, preventive factors, suicide prevention.

Deseé ser y no pude. Volví a desear y tampoco pude. Ya no quisiera volver a desear. Sería un obstáculo. Nota escrita por un suicida en una tarjeta postal con el siguiente texto impreso: Tú puedes ser lo que desees. Sólo existe un obstáculo: tú mismo.

(Los suicidios, Estruch y Cardús, 1982, p. 159).

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), el suicidio es un grave problema de salud pública. Cada año se suicidan en el mundo en torno a 800.000 personas al año, lo que supone una muerte cada 40 segundos y una tasa mundial de 11.4 personas por cada 100.000 habitantes (OMS-WHO, 2014). Es la segunda causa de muerte en el mundo entre los 15 y 29 años, después de los accidentes de tráfico (WHO, 2015). En España y otros países de Europa es la primera causa de muerte entre jóvenes de 15-24 años (WHO, 2015).

En nuestro país, según el Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE), el suicidio se sitúa, desde el año 2008 hasta la actualidad, como la primera causa externa de fallecimiento, superando a los accidentes

de tráfico. Los datos más recientes, relativos al año 2018, indican que en España se suicidaron 3.539 personas, lo que supone una media de 10 personas al día, el 75% de los casos son hombres. El suicidio en España es la primera causa de muerte entre los jóvenes. Del total de 3.539 de muertes, 7 tenían entre 10 y 14 años, 70 entre 15 y 19 años y 90 de estos suicidios fueron consumados por jóvenes de entre 20 y 24 años (INE, 2019).

Las cifras anteriores reflejan sólo el pico del iceberg pues: **1)** No incluyen las tentativas de suicidio que pueden ser hasta 20 veces más frecuentes que el suicidio consumado (OMS, 2019); **2)** Siempre hay más suicidios de los que oficialmente se registran (Giner y Guija, 2014); **3)** Cada suicidio afecta de manera significativa a una media de 6-10 personas que mantenían una relación cercana con el suicida (son los *supervivientes*);

4) Hay muchas personas que presentan ideación suicida sin conductas suicidas; y 5) Hay muchos adolescentes (en torno al 20%) que presentan conductas autolesivas no suicidas (Kann et al., 2018). A todo lo anterior hay que sumar las parejas y familiares que conviven con la persona con deseos suicidas y que, en consecuencia, soportan una alta carga emocional y ambivalencia afectiva.

Todo lo anterior hace que el suicidio y las conductas suicidas sean un asunto de máxima preocupación para la mayoría de estados y sociedades.

A nivel mundial y europeo, se están desarrollando estrategias preventivas encaminadas a la reducción del suicidio y de las conductas suicidas como las promovidas por la *European Evidence-Based Suicide Prevention Program Group by Expert Platform of Mental Health* (Zalsman et al., 2017).

A pesar de que la prevención del suicidio se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios de la política sanitaria de la mayoría de los países de nuestro entorno, España carece en la actualidad de una estrategia nacional que coordine y dirija los esfuerzos realizados en esta línea. Es por ello que las Comunidades Autónomas, o a nivel local los Hospitales, vienen desarrollando Planes, Estrategias o Protocolos (en adelante PEP).

El objetivo de este artículo es describir y discutir desde una perspectiva crítica, pero basada en la literatura científica y en la práctica clínica, el abordaje tipo del riesgo suicida según se aplica en el sistema sanitario español. El trabajo se divide en cuatro partes. En la primera parte se

analizan algunas limitaciones y riesgos del actual sistema de abordaje del suicidio. En la segunda parte se realiza una anatomía del modelo de ayuda y se concluye en la existencia de una caja negra terapéutica. En la tercera parte se desvela la lógica que recorre las estrategias de prevención del suicidio en el sistema sanitario. En la cuarta parte se analizan las implicaciones de esta lógica en la lucha contra el estigma. Se cierra el texto con un resumen de las principales conclusiones.

LIMITACIONES Y RIESGOS DEL ACTUAL ABORDAJE DEL SUICIDIO

La mayoría de PEP que se implementan en los servicios de salud de nuestro país siguen la línea del pionero *Programa de Prevención de la Conducta Suicida* desarrollado en el distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona (Tejedor, Díaz, Faus, Pérez y Solá, 2011; Tejedor, 2016). Este Programa sigue, a su vez, el modelo desarrollado por la *Alianza contra la Depresión* (Hegerl et al., 2008, Hegerl, Rummel-Kluge, Värnick, Arensman y Koburger, 2013), inicialmente implementado en Nuremberg (Alemania) y posteriormente adoptado en otras regiones de Europa. Se trata de un enfoque multicomponentes que incluye diferentes niveles de intervención: educación sanitaria, coordinación de los recursos sanitarios y asistencia individualizada.

1. *La educación sanitaria* consiste en campañas informativas-formativas dirigidas a sensibilizar a la población general y a los profesionales sanitarios

sobre diferentes cuestiones acerca del suicidio (factores de riesgo y de protección, señales de alarma, mitos, precipitantes, soluciones, etc.), con el fin de mejorar la comprensión del comportamiento suicida y reducir el tabú y el estigma.

2. **La coordinación de recursos sanitarios** consiste en la detección temprana del riesgo a través de instrumentos de cribado, el uso de códigos de alerta de suicidio y la rápida derivación a los servicios de salud mental, según un flujograma/algoritmo de ruta asistencial y la definición de unos tiempos máximos de derivación entre servicios. Por ejemplo, si el riesgo es bajo, se recomienda que la persona se atienda en Atención Primaria; si es moderado, se propone derivar a “psiquiatría” en menos de 48 horas (véase Proceso de Prevención y Atención de la Conducta Suicida de Castilla y León o de La Rioja); y si el riesgo es alto, se recomienda derivar a urgencias psiquiátricas. Para consultar los diferentes planes de cada Comunidad Autónoma véase el apartado de referencias.
3. **Asistencia individualizada.** Se refiere a las intervenciones-prestaciones que se utilizan para atender a los individuos identificados en situación de riesgo.

En cada uno de estos niveles es posible localizar limitaciones y riesgos según se verifican en la realidad clínica cotidiana, piedra de toque de cualquier estrategia preventiva, y que ahora conviene explicitar. Son los siguientes.

1. Educación sanitaria. Si bien todas las sociedades científicas y expertos en suicidio están de acuerdo en que hay que hablar del suicidio y aumentar el nivel de conciencia y conocimientos de los profesionales, pocas veces se habla del modelo conceptual subyacente. Habría que pensar y discutir *qué es una información-formación adecuada del suicidio*. Se dice que la lucha contra el suicidio comienza en el momento en que se entiende el fenómeno, para lo cual se proponen campañas de sensibilización y concienciación: a profesionales de Atención Primaria, profesores y alumnos en colegios, policías y bomberos, etc. Pero, *¿qué idea tenemos sobre lo que es el suicidio?* Lo habitual es avanzar sin problematizar el modelo de explicación-comprensión del suicidio que se ofrece por parte de la administración sanitaria, como si este fuera claro y evidente. Nada más lejos de la realidad. No hay un modo único de pensar el suicidio, sino múltiples, y cada modo tiene unas implicaciones prácticas diferentes (en los procesos de búsqueda de ayuda por parte de las personas que experimentan deseos de suicidio, en la investigación, la prevención, la evaluación y el tratamiento). Por ejemplo, respecto a los trastornos mentales en general, Colombo, Bendelow, Fulford y Williams (2003) identificaron seis modelos conceptuales más/menos implícitos usados por los profesionales de los servicios de salud mental: modelo médico, social, cognitivo-conductual, psicoterapéutico, familiar y conspiratorio. Otros autores identifican hasta catorce enfoques en psicopatología (Ionescu, 2001).

¿Qué modelo subyace al abordaje tipo del suicidio en nuestro sistema sanitario? Si

bien, todas las campañas informativas-formativas visten un uniforme “multifactorial” del suicidio, lo cierto es que bajo dicho traje no se da el mismo peso a unos factores que a otros. Para saber qué traje conceptual visten los PEP importa mirar más lo que se hace en cada sistema de salud que lo que se escribe, aunque lo escrito es ya bastante ilustrativo en favor de la existencia de un enfoque biomédico o patológico del suicidio. Se volverá sobre ello más adelante.

2. Coordinación de recursos sanitarios. La coordinación entre servicios pivota en torno a la estimación del riesgo y la creación de un código suicida. Interesa señalar aquí el uso acrítico de códigos o marcas de suicidio en las historias clínicas para la “identificación, control y seguimiento” (Asturias, Madrid, Cataluña, Valencia, Extremadura, Castilla y León, Castilla La Mancha, Galicia, Euskadi,

La Rioja), cuando en realidad esta medida no está libre de controversia y riesgos – véase el conflicto de confidencialidad, la alta tasa de falsos positivos, el aumento del *estigma* (cuando precisamente se insiste en la importancia de la reducción del estigma social), y la exposición a tratamientos innecesarios o inadecuados–. A veces, la marca se utiliza para legitimar medidas *salvadoras* del paciente, como el ingreso involuntario o la incapacidad legal, lo cual puede introducir efectos iatrogénicos en la identidad (autoestigma), en la relación terapéutica y en el curso del tratamiento. Sirva el siguiente caso para mostrar la iatrogenia que se produce en la relación terapéutica cuando se instaura una *escalada de decisiones-imposiciones contra la autonomía* del paciente cuando tratamos de *rescatar* a personas con trastornos mentales graves.

- Pedro, es un varón de 36 años, residente en Madrid, que acude a su primera consulta en el Centro de Salud Mental (en adelante CSM) tras años de tratamiento en el circuito privado, donde fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide a los 18 años. El diagnóstico se estableció tras su primera crisis, que coincidió con el fallecimiento de su madre. En el momento de la primera consulta convive con su padre y con su hermano mayor. Recientemente ha iniciado estudios universitarios en la UNED tras cursar un Ciclo Formativo de informática y comunicaciones.

El facultativo responsable de su tratamiento, tras conocerle y estudiar su caso, decide derivarle al programa de cuidados prolongados para personas con enfermedad mental grave, con el objeto de iniciar un proceso de rehabilitación, donde se le asigna una enfermera como coordinadora de cuidados. Asimismo, desde el citado programa es derivado al Centro de Día.

Tras 4 años vinculado al Centro de Día es dado de alta al haber alcanzado los objetivos propuestos. Posteriormente se le deriva al Centro de Rehabilitación Laboral para que pueda adquirir las competencias profesionales que le ayuden a insertarse en el mundo laboral.

Durante varios años es contratado como informático objetivándose dificultades para hacer frente al estrés desencadenado en el puesto de trabajo. Tras varias experiencias frustrantes decide renunciar definitivamente a sus expectativas laborales e inicia los trámites de solicitud de reconocimiento de minusvalía. Tras dichas incursiones fallidas en el mundo laboral empieza a colaborar con un grupo de personas con el mismo diagnóstico de trastorno mental en la

organización de actividades de ocio y socialización en la Comunidad. Allí conoce a la joven que será su novia.

Unos meses después sufre una crisis y es ingresado en la Unidad de Hospitalización Breve. Durante este ingreso se desencadena de forma repentina una situación de emergencia vital originada por la existencia de una anomalía hepática grave que dificulta la metabolización de los psicofármacos.

Tras varios meses de estabilidad emocional inicia una nueva etapa en la que se independiza para convivir con su pareja, pero nuevamente el estrés le lleva a sufrir otra crisis que precisa un nuevo ingreso. Durante el mismo, sus psiquiatras comienzan a observar cambios comportamentales compatibles con la existencia de un tumor cerebral. Para tratar de establecer el diagnóstico se le somete a varias pruebas de imagen que no son concluyentes, por lo que le recomiendan que se someta a una biopsia cerebral. Pedro no otorga su consentimiento, puesto que no quiere correr el riesgo de padecer las graves secuelas que le han informado que podría acarrear la realización de dicha prueba. Ante esta negativa se baraja la posibilidad de iniciar un proceso de incapacitación civil. Finalmente, la incapacitación no prospera pues su padre logra convencerle de la necesidad de someterse a la biopsia. Tras la misma, se descarta la malignidad del tejido. A partir de entonces, y como consecuencia de la citada prueba, comienza a presentar una debilidad muscular tan incapacitante que le obliga a tener que usar una silla de ruedas de forma permanente, y a su vez aparece una pérdida de agudeza visual que le impide el manejo de su ordenador personal. Por añadidura, cuando abandona el hospital su novia rompe la relación de pareja, motivo por el cual se ve obligado a abandonar el piso que ambos compartían y a retornar al domicilio familiar con su padre y su hermano.

Dada su nueva situación física de discapacidad, y, por tanto, de la necesidad de que alguien se ocupe de prestarle ayuda para llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria, desde Servicios Sociales se le ofrece ayuda a domicilio. Este ofrecimiento es rechazado de forma categórica por Pedro sin que quede clara la razón para tan rotunda negativa. En sus posteriores visitas al CSM se muestra resignado e incluso suele tratar de enmascarar su profunda tristeza tras una máscara de aparente alegría, desviando así el foco de atención de los profesionales sanitarios hacia otros aspectos de su vida. Pero parece quedar patente, por el posterior devenir de los acontecimientos, que en aquellos momentos era perfectamente consciente de que su vida había cambiado absolutamente, condenándolo a un futuro incierto y convirtiéndolo, muy a su pesar, en una pesada carga para su familia.

Poco tiempo después de su último ingreso, inicia un nuevo tratamiento farmacológico, de administración parenteral, que le obliga a acudir quincenalmente al CSM en transporte sanitario. Al objetivarse que generalmente ha de esperar durante horas para retornar a su domicilio se le plantea la posibilidad de que la enfermera sea la que acuda a su domicilio y le administre allí la medicación. Nuevamente, esta propuesta también es descartada por Pedro.

Varios meses después, Pedro relata a su psiquiatra varias anécdotas que hacen que éste sospeche que su padre puede estar iniciando algún tipo de deterioro cognitivo. A consecuencia de ello, durante el transcurso de la consulta, su terapeuta le informa de que ha decidido solicitar una orden judicial que le autorice a acudir a su domicilio sin su consentimiento para verificar qué está pasando en su domicilio. Ya sabe el lector cómo es recibida esta noticia por parte de nuestro protagonista.

La última vez que acude al centro es para asistir a la consulta de su enfermera. Durante la entrevista le agradece el apoyo prestado durante los últimos 12 años. Una semana después un incendio asola el domicilio familiar de Pedro segando su vida y la de su padre. Los medios de comunicación se hacen eco de la tragedia puesto que su padre era una persona de renombre en los círculos culturales del país. Se sopesan varias opciones para intentar dar explicación a lo ocurrido. Algunos ven el incendio como un accidente fortuito y otros como la manera de poner fin a una vida en la que no se vislumbraba futuro. Como profesional que le conocí más de cerca (MTSP), lo entendí como “el final cósmico de una estrella danzante”, tal y como podría haberlo nombrado el propio paciente, gran aficionado a nombrar las cosas con un lenguaje poético.

No es el objetivo de este trabajo analizar la efectividad de los ingresos involuntarios en el proceso de recuperación de personas con riesgo de suicidio, tan sólo se quiere señalar, basándonos en nuestra experiencia de más de veinte años de ejercicio profesional, que muchas veces la justificación del ingreso reside en la firme creencia del clínico según la cual sin un reajuste del tratamiento farmacológico el aumento del riesgo suicida es inevitable. Un reciente estudio sugiere que la hospitalización involuntaria, lejos de reducir el riesgo de suicidio tras el alta, lo aumenta (Jordan y McNeil, 2019). El sistema de creencias y asunciones desde el que opera el clínico (muchas veces sin conciencia de ello y ello debido a la cultura biomédica que piensa por uno) debe ser puesto a la luz pues dirige la toma de decisiones para bien o para mal (Bryan y Rudd, 2018).

Por otro lado, no hay ningún estudio empírico, por sorprendente que parezca, que respalde la utilidad incremental del uso del código suicida como ingrediente aislado y específico dentro de los protocolos sanitarios de prevención del suicidio. Su uso protocolario puede recordar más un panóptico de vigilancia informática de la intimidad (véase en este mismo monográfico el trabajo de Rendueles, 2020) que un

espacio de ayuda terapéutica o de cuidados. A menudo se respira un aroma de práctica defensiva y miedo a las cuestiones legales, sin duda importantes y hasta cierto punto inevitables, pero claramente nefastas si dominan el encuentro clínico.

3. Asistencia individualizada. Una revisión de los PEP permite verificar que estos omiten definir los contenidos de la ayuda más allá de una descripción formal del recorrido asistencial. Se verá más adelante. Hay una opacidad o caja negra terapéutica respecto a qué prestaciones terapéuticas son las que hay que implementar en la atención a las personas con experiencias suicidas. Algunas comunidades se limitan a rótulos genéricos como “tratamiento multidisciplinar” o “garantizar la continuidad asistencial”. Esto es interesante pues hoy día no hay ningún dispositivo que no se precie de ser multidisciplinar y que no cuente entre sus objetivos garantizar la continuidad asistencial. Sería altamente sospechoso que un servicio de salud dijera que no es multiprofesional.

La palabra multidisciplinar va camino de convertirse en la etiqueta-maquillaje que utilizan hoy en día los gestores para ocultar que la atención ofertada es realmente

bio-bio-bio (Read, 2005), típicamente tratamiento farmacológico-hospitalización y seguimiento de enfermería.

Tras exponer algunas limitaciones y riesgos asociados a las actuaciones que se dan en cada uno de los tres niveles de intervención (estigma, panóptico, caja negra), interesa señalar una nueva limitación, esta de carácter global, del abordaje tipo del suicidio en el sistema sanitario español. Se refiere a que la mayoría de estos programas o bien no se evalúan, o se evalúan como un todo unitario. Es decir, se evalúan sin discriminar la efectividad diferencial de cada uno de los componentes por separado (educación sanitaria, coordinación de recursos, prestaciones-intervenciones-cuidados), cuando esto debiera ser lo fundamental.

Desde nuestro punto de vista, se trataría de saber: 1) Qué información-formación es más útil para prevenir el suicidio, para reducir el estigma y para favorecer conductas de búsqueda de ayuda entre las personas con deseos suicidas; 2) Qué organización-coordinación de servicios sanitarios es más útil a las necesidades reales de ayuda de las personas con ideas de suicidio y sus familias, y 3) Qué prestaciones-intervenciones-cuidados son las que realmente ayudan (análisis de la efectividad comparada) a las personas en crisis, no sólo a no tener “síntomas”, sino a tener vidas más vivas y esperanzadas. Aunque sorprenda a muchos, lo cierto es que no existen estudios específicos al respecto de estas cuestiones. Tampoco se espera que estos estudios se conviertan en áreas de interés para la investigación futura.

ANATOMÍA DE UN MODELO DE AYUDA: UNA CAJA NEGRA TERAPÉUTICA

Un análisis de los diferentes PEP implantados en los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país revela el siguiente patrón: 1) Una evaluación basada en la detección y estimación del riesgo asociada a la valoración de la existencia o no de *enfermedad mental*; 2) La instauración “rápida” de un tratamiento psicofarmacológico para el control de síntomas, y 3) La aplicación de un *programa de gestión telefónica* (Cebria et al., 2013, 2015), con la finalidad de monitorizar el riesgo y la adherencia al tratamiento psiquiátrico.

Añadido a lo anterior, se implementa, siempre a modo de complemento del tratamiento farmacológico, un *plan de gestión del riesgo* (Galicia, Comunidad Valenciana, Extremadura). Básicamente consiste en seguir el *Plan de Intervención de Seguridad* (SPI, por sus siglas en inglés) de Stanley y Brown. Los componentes básicos del SPI son seis: 1) Reconocer las señales de alarma de una crisis suicida inminente; 2) Emplear estrategias internas de afrontamiento; 3) Utilizar los contactos sociales como un medio de distracción de los pensamientos suicidas; 4) Ponerse en contacto con familiares o amigos que pueden ayudar a resolver la crisis suicida; 5) Ponerse en contacto con profesionales de salud mental o con instituciones especializadas, y 6) Reducir el acceso a medios potencialmente letales (Stanley y Brown, 2012). Las autoras recomiendan que las intervenciones deben seguirse de forma

escalonada, aunque es importante tener en cuenta que si una persona se siente en riesgo inminente e incapaz de mantenerse a salvo, debe acudir inmediatamente a un servicio de urgencias. Además, algunas personas pueden sentir que no pueden o no desean utilizar uno de los pasos en el plan de seguridad. En este caso, no deben sentir que tienen que hacerlo ya que la intención del plan de seguridad es ser útil y no una fuente de estrés o carga adicional.

Si aumentamos la lente y realizamos un análisis microscópico de los PEP se capta la siguiente estructura: 1) La evaluación prototípica consiste en pasar cuestionarios para la estimación (con poca fiabilidad) del riesgo y poner marcas de identificación del riesgo (que pueden estigmatizar) en la historia clínica; 2) En lo asistencial se trataría de seguir un flujograma/algoritmo de *manejo de la conducta suicida* según unas puntuaciones de estratificación del riesgo (sin ninguna validez predictiva) y según unos tiempos máximos de derivación entre servicios. Se trata de conceptos inherentes a la gestión de poblaciones, nada que ver con la práctica clínica individual. El uso de cuestionarios de cribado es por lo demás insostenible desde el punto de vista de la falta de validez predictiva, y algunos autores, consideran incluso que su uso es contraproducente (Mulder, Newton-Howes y Coid, 2016). Se entiende que el flujograma/algoritmo lo necesita la administración, no el paciente, y el establecimiento de unos tiempos de atención, sin contenido terapéutico, es puro formalismo.

Como se puede apreciar, los objetivos principales pivotan en torno al control del

riesgo y el manejo de la seguridad. A esto lo llaman Rogers y Soyka (2004) *modelo de intervención en crisis*. Este modelo tendrá unas claras implicaciones en la evaluación (del riesgo) y en el tratamiento (manejo del riesgo través del eje psicoeducación-medicación-hospitalización).

Muy excepcionalmente, y siempre como algo secundario y prescindible, se considera la necesidad de proporcionar tratamiento psicológico específico y especializado para la resolución del proceso suicida. Cuando un PEP considera la implementación de un tratamiento psicoterapéutico es más desde la lógica diagnosticocéntrica (véase el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2012), que desde la óptica transdiagnóstica (Al-Halabí y García Haro, 2020). Para visualizar este tipo de ayuda, típicamente diagnosticocéntrica, orientada al *manejo de la conducta suicida/enfermedad mental* (frente a una ayuda transdiagnóstica, centrada en la *resolución del proceso suicidal/drama existencial*), véase el *Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos* (Sáiz et al., 2014).

El modelo de atención centrado en el control del riesgo merece nuestro respeto pero debe cuestionarse en base a sus implicaciones sobre el estigma. Se verá más adelante. De momento conviene dejar negro sobre blanco que un modelo de ayuda que reduce el papel de enfermería de salud mental a vigilar la adherencia al tratamiento farmacológico, que minimiza el papel de las ayudas sociales y que excluye la

terapia psicológica especializada, o la limita a psicoeducación –una suerte de curso de inmersión en la tesis de que el abordaje más adecuado para la prevención consiste en un tratamiento psicofarmacológico de la patología mental de base–, es, a nuestro juicio, claramente insuficiente y debiera ser él mismo, motivo de alarma. Si bien, este curso de inmersión puede ser útil para los síntomas, deja náufragos y a la deriva a los sujetos que bracean por mantenerse a flote en su lucha contra las olas del suicidio. Faltaría lo más importante para una prevención real y efectiva del suicidio, la construcción de un bote salvavidas. Nos referimos a la creación de un contexto terapéutico de apoyo, confianza y esperanza. No en vano, la relación terapéutica positiva y la desesperanza son importantes factores de protección y riesgo, bien contrastados, del suicidio, respectivamente. Pero, no se trataría de “la relación terapéutica como vehículo para la evaluación de síntomas”, sino como la radical estructura relacional de la prevención y tratamiento del suicidio. No sólo con el objetivo del control del riesgo y manejo de la seguridad (lo cual lleva implícito la *escalada de decisiones-imposiciones contra la autonomía* cuando aumenta el riesgo), sino de cuidado y atención psicoterapéutica a la persona y su familia (pues el riesgo es inevitable). En este contexto, la intervención de enfermería no se agotaría, como sucede muchas veces, en preguntar *cómo le va a la gente con la medicación o cómo está tomando la medicación*. Tendría su propio espacio de acompañamiento y cuidado. Conviene señalar al respecto que un nuevo modelo de ayuda, basado en el cuidado de las

necesidades psicosociales y orientado a soluciones y no sólo pegado al control del riesgo, es posible por parte de las enfermeras. Véase McAllister, Billett, Moyle y Zimmer-Gembeck (2009).

Pero insistimos, *¿En qué consiste realmente la ayuda que proporcionamos a las personas que luchan contra los pensamientos y conductas suicidas (struggling with suicidal thoughts and behaviors)?*

Uno de los principales escollos a la hora de diseñar planes de prevención del suicidio consiste en definir qué ayuda se va prestar. Habría que hablar de *qué hacemos como profesionales sanitarios con las personas que dicen que quieren quitarse la vida o que no encuentran sentido a su existencia*. Esto habría que hacerlo no sólo a corto plazo (decidir un ingreso o una medicación para los síntomas de la *enfermedad mental*), sino a medio y largo plazo (más allá del control de síntomas). Desde el punto de vista de la ayuda profesional habría que definir: **1)** Las intervenciones específicas y especializadas, formales y regladas, individuales o grupales, basadas en la evidencia o en la práctica, lo cual requiere definir a su vez: objetivos, duración, tiempos, etc.; **2)** Los profesionales capacitados para dichas intervenciones; **3)** Los usuarios diana, entre los que habría que incluir no sólo a las personas en situación de riesgo, sino también a sus parejas y familiares y a los *supervivientes*, y todo lo anterior en **4)** Los diferentes niveles asistenciales (atención primaria, ambulatoria y hospitalaria) de la ayuda. Por sorprendente que le parezca al lector, nada de esto se encuentra en los PEP autonómicos.

En una revisión que no pretende ser exhaustiva sino meramente representativa o ilustrativa de los diferentes PEP aprobados por las diferentes Comunidades Autónomas de nuestro país, se verifica lo siguiente: **1)** En el nivel de Atención Primaria se desarrollan protocolos que priorizan los aspectos de detección-derivación, por encima de los aspectos de comprensión-contención-apoyo-relación terapéutica. Esta última, la *relación terapéutica*, es especialmente relevante dado que, según la evidencia, su calidad influye directamente en los resultados de la ayuda (Escudero y Friedlander, 2019); **2)** En los servicios de urgencias, los protocolos se centran y limitan más a la obtención de información para la toma de decisiones (ingreso o alta), que a la comprensión-relación terapéutica-intervención en crisis; **3)** Finalmente, en las plantas de hospitalización, se desarrollan protocolos que inciden más en prácticas de reducción de síntomas y vigilancia-control de conductas de riesgo que en la comprensión del proceso suicida (una historia de síntomas sin sujeto, esto es, sin una historia biográfica); y **4)** Finalmente, en los centros de salud mental se desarrollan protocolos “multiprofesionales de seguimiento” vacíos de contenido terapéutico, más allá de garantizar un tratamiento farmacológico y un seguimiento de enfermería.

Sin duda, todas estas medidas son necesarias, pero son claramente insuficientes dentro de un plan de prevención del suicidio. Entender el *proceso suicida* a la luz de la biografía y ayudar a la persona a resolver su *drama existencial* son elementos totalmente olvidados por los PEP. En cambio, *medicar síntomas* (lógica diagnosticocéntrica) va

camino de ser un *imperativo asistencial global* en Salud Mental, tal y como lo refleja la, cada vez más frecuente, petición desde Atención Primaria y servicio de Urgencias: **1) Paciente atendido en salud mental sin tratamiento, considero que debe ser visto por psiquiatría;** **2) Derivo urgente para reajuste de medicación;** o el insuperable; **3) Psicosis reactiva a abandono de medicación antipsicótica.** Habría que **prestar una ayuda protocolizada y no una protocolización de la ayuda.** Para una crítica de la burocratización de la evaluación y asistencia del suicidio en el sistema sanitario véase Villa Alonso (2020) en este mismo monográfico.

Desde nuestro punto de vista, los CSM, junto con los Centros de Salud de Atención Primaria, debieran centralizar y liderar la ayuda-prevención del riesgo suicida en el sistema sanitario. Sin embargo, como ya se ha dicho, en estos niveles la descripción de los contenidos terapéuticos se omite directamente o se desdibuja en términos genéricos como *seguimiento multiprofesional* (véase Lopez-Castroman et al., 2015; Tejedor et al., 2011, Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental, 2018).

UNA LÓGICA BIOMÉDICA RECORRE LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

La existencia de una *caja negra terapéutica*, según se ha expuesto, debería ser marcada con una señal de alarma y ser explicada. Su existencia quizás tenga más que ver con *un a priori* conceptual o *imperativo farmacológico*, acorde a un modelo biomédico dominante en salud mental – para una visión de la situación en España

véase el interesante estudio de Doblyté (2020)– según el cual la ayuda profesional a las personas con experiencias suicidas “debe” consistir siempre, y ante todo, y sin discusión, en un tratamiento farmacológico acorde a una lógica diagnosticocéntrica de *enfermedad mental* (Ayuso-Mateos et al., 2012; Bobes García, Giner Ubago y Sáiz Ruiz, 2011; Sáiz y Bobes, 2014), que con la evidencia científica. Prueba *sintomática* de este *a priori*, para el caso del suicidio, sería la *retórica biomédica* que se vierte, masivamente, en artículos científicos, manuales académicos, libros de divulgación, congresos y encuentros, guías y planes, medios de comunicación, y, para sorpresa nuestra, directamente a los mismos profesionales (especialmente a los de Atención Primaria), consultantes y familias. Esta retórica biomédica se presenta, de forma esquemática, en trece tesis: **1)** “Así, cuando se consulta cuál es el abordaje terapéutico más adecuado para población de riesgo, suele hacerse referencia al hecho de que, aproximadamente, en el 90% de los casos de suicidio existe un trastorno psiquiátrico subyacente siendo, por tanto, lo más adecuado, un tratamiento psicofarmacológico de la patología de base” (Saiz Martínez et al., 2016, p. 63); **2)** La elaboración de tablas que presentan qué diagnóstico psiquiátrico está más asociado a la conducta suicida; así se dice que la depresión es el diagnóstico más relacionado con el suicidio y que el riesgo de suicidio en la depresión es 20 veces superior al esperado en población general; en la esquizofrenia es 8-13 veces superior, etc. (Ayuso-Mateos et al., 2012; Chesney, Goodwin y Fazel, 2014); **3)** El lanzamiento de manuales

(Bobes García, Sáiz Martínez, García-Portilla, Basarán Fernández y Bousoño García, 2004) y celebración de congresos y encuentros de suicidiología estructurados en torno a etiquetas diagnósticas de *enfermedad mental* y su rol fundamental en el suicidio; **4)** La insistencia en que muchas personas que se suicidan no acuden a tratamiento o no reciben el tratamiento adecuado (Isometsä, Aro, Henriksson, Heikkinen y Lönnqvist, 1994); **5)** La consideración de que “El suicidio debe explicarse en términos de una enfermedad psiquiátrica no tratada” (Howard, 2019; Palao Vidal, 2011, 2018); **6)** El tópico según el cual la detección precoz de la *enfermedad mental* es la clave de la prevención del suicidio (Palao Vidal, 2011, 2018); **7)** La afirmación de que “Un adecuado tratamiento de la depresión constituye la mejor medida preventiva contra la aparición de conductas suicidas” (Jiménez Treviño, Bobes García y Sáiz Martínez, 2006, p. 19); **8)** La tesis según la cual “Probablemente hasta que no se reconozca el suicidio como una consecuencia de problemas de salud (en la gran mayoría de los casos asociado a enfermedad mental, alcoholismo, tentativas previas, etc.), no estaremos en disposición de hacer una prevención eficaz a escala global” (Palao Vidal, 2016, p. 113); **9)** La propuesta del suicidio como un trastorno mental más a incluir en los sistemas de clasificación diagnóstica, típicamente el DSM-5 (APA, 2013); **10)** La terminología médica utilizada en algunos protocolos que dividen la atención al suicidio en: “fase aguda, subaguda y de remisión” (Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental, 2018); **11)** El fomento de programas de seguimiento telefónico de enfermería para

monitorizar el riesgo y mejorar la adherencia al “tratamiento psiquiátrico” (Cebria et al., 2013, 2015); **12**) La investigación en biomarcadores de las conductas suicidas (Jiménez et al., 2013) y en la eficacia de fármacos *antisuicidio* (Price y Mathew, 2015), y **13**) La declaración de que existe una “clara evidencia de heredabilidad” de la conducta suicida del 30-50% (Turecki et al., 2019; Turecki y Brent, 2016).

No obstante, tras el intenso activismo desarrollado por el modelo biomédico para sensibilizar a la sociedad en favor de la existencia de una *enfermedad mental* a la base del suicidio, el mismo modelo recuerda, para sorpresa del lector que ya estaba convencido de su naturaleza esencialmente biológica, que el suicidio es un fenómeno *multifactorial* que precisa un abordaje *biopsicosocial*. Para una crítica a la lógica biomédica del suicidio puede leerse el texto de Menéndez Osorio (2020) en este mismo monográfico.

En el trasfondo de esta narrativa científica subyace, no ya una *hipótesis* sobre la naturaleza y causas del suicidio, sino un *postulado* o *dogma* conceptual que consiste en asumir una *naturalización biomédica del suicidio*. Se difunde la idea (para muchos creencia en la que se está, en sentido orteguiano) de que el suicidio y las conductas suicidas son *síntomas* de una *enfermedad mental*, como cualquier otra, como quién sufre diabetes, cáncer o Parkinson. Esto es, se sitúa su ontología del lado de las *entidades naturales, fijas, ahí-dadas* (Pérez-Álvarez, 2018; Pérez-Álvarez, 2020). La persona con experiencias suicidas sería un *enfermo* que requiere ser curado médicamente como la

persona con cáncer requiere tratamiento, pues de lo contrario sufrirá una nueva *recaída* en su *sintomatología suicida*. La explicación de dicha *enfermedad mental* o *sintomatología suicida* habría que buscarla en las neurociencias (un mal funcionamiento del cerebro), en la genética (polimorfismos defectuosos en el gen de la triptófano hidroxilasa), en los procesos inflamatorios (citocinas), en la respuesta electrodermal (Menéndez-Miranda, et al., 2018) o incluso en la presencia de colesterol en sangre (Perez-Rodriguez et al., 2008). Parámetros corporales nunca van a faltar para mantener viva la maquinaria de la investigación biomédica del suicidio. Con ello se buscarían candidatos explicativos bajo la luz de la lámpara positivista sin reparar si es ahí donde cayó el fenómeno que se quiere estudiar.

Decimos *postulado* o *dogma*, pero acaso mejor sería hablar de *ideología* porque ninguna causalidad biomédica del suicidio ha sido demostrada, ni cabe pensar (si pensamos ahora en la naturaleza del fenómeno) que se encuentre en el futuro, al menos en el mismo plano en que se afirma que existe una etiología y una etiopatogenia de la diabetes, el cáncer o el Parkinson. Bastaría con ensayar una comprensión psicobiográfica del suicidio para saber que se trata de un problema multifactorial sólo reducible a patofisiología al precio de deconstruir la *esencia* misma del fenómeno; dicha *esencia* es la *acción* (ni síntoma ni *re-acción*) de un sujeto que *decide* poner fin a su vida cuando la circunstancia (el balance sufrimiento/valores, según su idiosincrásico *proyecto existencial*), conduce a esa salida.

Intente el lector conciliar una explicación biomédica y genética del suicidio con la noticia: *Una menor marroquí se suicida tras ser obligada a casarse con su violador* (El País, 13/03/2012).

En esta misma línea positivista se sitúa el nuevo enfoque de evaluación del riesgo que trata de mejorar las limitaciones del enfoque tradicional (basado en el uso de escalas) en la capacidad de predicción de la conducta suicida. Se produce un giro desde el estudio de factores estáticos y distales en diseños entre-grupos al estudio de factores dinámicos y proximales en diseños intragrupo (Miller et al., 2019). Se trata de determinar con la mejor precisión posible quiénes de las personas que presentan riesgo van a realizar intentos de suicidio y/o de autolesión y cuándo (en un periodo corto de tiempo, típicamente horas o días). Para ello se utiliza la *Evaluación Momentánea Ecológica* (EMA, por sus siglas en inglés) (Berrouiguet, Baca-García, Brandt, Walter y Courtet, 2016; Stange, Kleiman, Mermelstein y Trull, 2019; Rodríguez-Blanco, Carballo y Baca-García, 2018; Santangelo et al., 2017). Consiste en la monitorización en *tiempo-real* y en la *vida-real* de numerosos correlatos psicológicos y fisiológicos de un fenómeno objeto de estudio con la finalidad de analizar su implicación en el riesgo. Para ello, se utilizan las nuevas tecnologías digitales (típicamente dispositivos móviles) y las técnicas de inteligencia artificial. Cabe preguntarse acerca de la utilidad de esta metodología futurista para la clínica asistencial de la *vida-real*. A falta de una lesión tisular, según reclama el modelo anatomopatológico, se acaban sustituyendo los esquivos parámetros

biológicos etiológicos del suicidio, que la ciencia no encuentra, por datos numéricos o algoritmos; el cuerpo biológico por la máquina digital. Con ello se da la ironía de que se quiera *personalizar* el tratamiento sin contar con la *persona*. Esto no sólo puede ser inadecuado sino, como se dijo antes, claramente iatrogénico. Una clínica del sujeto y de la escucha ya es *personalizada* desde el inicio, y sin artificios, y, tiene la ventaja de que aporta al clínico más comprensión *acerca de lo que le pasa* a una persona en riesgo, que la información que suministra una tecnología digital sobre *lo que tiene* dicha persona. Reducir la experiencia del sufrimiento, y la decisión más trágica de la existencia de un sujeto, a pura maquinaria corporal averiada (encontrar las claves de la biografía en la biología) significa no entender la naturaleza (ontología) del fenómeno que se estudia y, además, un proyecto condenado al fracaso. Si en ello no se fuera la inversión económica, la cosa sería menos problemática, pero es evidente que los recursos de la investigación (becas, subvenciones, licencias, etc.), se liquidan en estudiar estas cuestiones.

Desde una *naturalización biomédica del fenómeno suicida*, cabe interpretar también dos recientes trabajos de revisión sistemática y metaanálisis de estudios ecológicos según los cuales, una mayor cantidad de litio en el agua potable de consumo público se asociaría a una menor tasa de suicidios (Barjasteh-Askari et al., 2020; Memon et al., 2020). A remojío de estos estudios, los científicos, sedientos de soluciones utópicas, sugieren a los gobiernos suministrar litio en el agua potable.

Aparte de lo anterior, lo que realmente debiera alertar a los gestores preocupados en la prevención es que la narrativa de *enfermedad mental* aplicada al suicidio actualiza un viejo mito científicista ya presente en la literatura psiquiátrica desde Pinel y Esquirol (Mars, 2010), y desde entonces continuo hasta nuestros días. Se trata de un mito que conviene meditar por sus implicaciones. El mito se refiere a la identificación del suicidio con la *enfermedad mental* – véase la propuesta del *trastorno del comportamiento suicida* incluida en la sección III “condiciones para la futura investigación” del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-5, por sus siglas en inglés) (APA, 2013)– y las implicaciones remiten al estigma. Con el DSM-5 se plantea una suerte de *monomanía suicida*, siguiendo el modelo de la *monomanía homicida* de Esquirol (1838), según la cual, todo sujeto que se suicide o lo intente, por el hecho de hacerlo, ya “demuestra” su condición de enfermo mental, incluso aunque la persona haya mostrado durante toda su vida ser una persona “sana”. Dicho estigma se actualiza socialmente cada vez que se lleva a las unidades hospitalarias de psiquiatría a cualquier persona que, con independencia de sus antecedentes, hubiera sido interceptada por la policía en un intento de suicidio o cada vez que una noticia de suicidio informa de los antecedentes de salud mental.

UNA SOLUCIÓN BIOMÉDICA PARA EL PROBLEMA DEL SUICIDIO: APORÍAS DE LA LUCHA CONTRA EL ESTIGMA

Se estima que la mayoría de las personas que luchan contra las ideas y conductas de suicidio –alrededor del 60%– no buscan ayuda (Bruffaerts et al., 2011). Además, existe una alta tasa de personas que tras un intento de suicidio nunca asisten a su primera cita en Salud Mental o acuden a unas pocas sesiones. En un estudio realizado en cuatro hospitales de Madrid se encontró que sólo el 36% de los pacientes que habían acudido a urgencias por intentos de suicidio acudían a su primera cita en el Centro de Salud Mental (VV.AA., 2010). ¿Por qué ocurre? De acuerdo con la OMS, el estigma funcionaría como una barrera que impide la búsqueda de ayuda entre las personas que piensan en quitarse la vida o han tratado de hacerlo. Es por ello que se recomienda aumentar la sensibilidad de la comunidad respecto del suicidio como problema de salud pública. Para conseguir este fin, se lanzan campañas informativo-formativas que tratan de conseguir que la población conciba e interiorice el suicidio como un problema de salud mental como cualquier otro (como la depresión¹) y, al mismo tiempo, que conciba e interiorice los problemas de salud mental (la depresión) como enfermedades-como-cualquier-otra

1 Si bien es evidente que “depresión” y “suicidio” no son equivalentes (no todas las personas deprimidas presentan conductas suicidas y no todas las personas que mueren por suicidio tienen trastornos depresivos), lo cierto es que la conducta suicida suele aparecer asociada al trastorno depresivo más que a cualquier otro diagnóstico psicopatológico. Es por ello que algunos autores presentan la diada depresión/suicidio como un matrimonio de hecho. Véase la reciente publicación:

(como la diabetes) (véase Palao Vidal, 2011, 2018). Esta estrategia antiestigma contiene una verdad y tres riesgos. La verdad es que la crisis suicida no es culpa de quien la sufre. Los tres riesgos son los siguientes.

1) Si el estigma disuade de buscar ayuda (Carpiniello y Pinna, 2017), interesa preguntarse si la ecuación suicidio = *enfermedad mental*, facilita, o limita aún más, las conductas de búsqueda de ayuda entre las personas que tienen experiencias suicidas. Las estrategias antiestigma que tradicionalmente han funcionado en salud mental son las que han enfatizado el papel de los factores sociales y situacionales como causantes de los problemas psicológicos, en comparación con las que enfatizan el papel de la genética, la personalidad o las alteraciones cerebrales. El estrés, la ansiedad y los procesos depresivos reactivos gozan de buena “reputación” entre los que buscan ayuda sanitaria a diferencia de los trastornos más graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de personalidad, entre otros). Factores externos-inestables-específicos frente a internos-estables-globales, por utilizar una conocida teoría de la atribución de la psicología social, serán las dimensiones que permiten explicar este fenómeno. Teniendo en cuenta lo anterior, habría que investigar

si la estrategia biomédica del suicidio (disposicional-hereditario-cerebral) no está funcionando como una barrera para pedir ayuda, y, de ser así, como una forma de propagar el estigma y el tabú. Hay estudios que apuntan a que las explicaciones biomédicas de los problemas graves de salud mental, lejos de reducir el estigma, lo perpetúan (Angermeyer, Holzinger, Carta y Schomerus, 2011). Rogers y Soyka (2004) señalan que la intervención centrada en la crisis (manejo del riesgo y de la seguridad) induce en los clínicos modelos jerárquicos de entrevista que reproducen el estigma y el tabú del suicidio.

A menudo se cae en la paradoja de que los propios expertos que dicen que hay que afrontar el estigma asociado al suicidio, sean ellos mismos, sin conciencia de ello, los promotores del estigma a cuenta de una *naturalización biomédica del fenómeno suicida*. Resulta difícil imaginar cómo se ganará la batalla al estigma propagando el mito científico de una *heredabilidad genética del suicidio*. Muchos estudiosos del suicidio estiman la heredabilidad del suicidio en un 45% (Sáiz et al., 2016, p. 67). Nos parece una afirmación lo suficientemente trascendente –piense un momento el lector en sus implicaciones

Navío Acosta, M. y Pérez Sola, V. (2020) (Coords.). *Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la salud mental*. Madrid: Wecare-U.

Este enlace, depresión/suicidio, no deja de tener sus intereses. Así, la publicación anterior, anunciada como “Libro Blanco”, ha sido subvencionada por un laboratorio fabricante de psicofármacos.

sociales (en la conciencia colectiva) y pragmáticas (profecías autocumplidas)—, como para ser comentada. ¿Qué significa exactamente que la tasa de *heredabilidad del suicidio es del 45%*? No sólo no se explica su sentido sino que, esos mismos estudiosos, tras afirmar lo anterior, a renglón seguido, declaran no saber *qué cosa* se hereda exactamente (si una predisposición al trastorno mental, si una vulnerabilidad al suicidio, si una tendencia a la agresividad, a las conductas autodestructivas, a la impulsividad, a la conducta suicida propiamente dicha, etc.), ni tampoco clarifican *qué idea de herencia* están manejando (genética, epigenética, etc.), lo cual no son asuntos baladíes. Cabe cuestionar, desde el punto de vista preventivo, pero también desde el rigor científico, el lanzamiento de afirmaciones de este calibre sin especificar nada más; como si fuera evidente lo que se quiere expresar. No es este el lugar para analizar las numerosas limitaciones de la investigación genética en suicidio. Para una revisión véase Mirkovic, Laurent, Podlipski, Frebourg, Cohen y Gerardin (2016).

- 2) Esta estrategia antiestigma (el suicidio como la diabetes) anula la condición de *sujeto* del paciente, y por tanto, su responsabilidad en la conducta suicida. Cuando la gente se convence de que tiene una *enfermedad mental* o una *heredabilidad suicida* a la base de sus experiencias suicidas tiende a ser más pesimista acerca de la posibilidad de hacer algo al respecto para mejorar su situación personal. Bajo la creencia del

determinismo biológico, el entorno cercano pierde la moral (des-moralización) en que las personas puedan cambiar. El intento de suicidio perturba la continuidad biográfica normal de una persona y limita el sentido de su agencia personal y autoría de vida (Chimpén, 2020). Esta dimensión es fundamental en el proceso de recuperación, pues, el sentimiento de sí en relación a uno mismo, como inadecuado, enfermo, averiado, etc., induce indefensión, vergüenza y ocultamiento. Por otro lado, el sentimiento negativo de sí en relación a los demás (vivencia de carga), es un estado mental que subyace, configura o precede a la crisis suicida—véase la teoría interpersonal de Joiner (2005)—. En el otro polo, el sentimiento de competencia, valía, autoeficacia (en relación al yo) y de utilidad (en relación a los demás), son potentes factores protectores frente al suicidio.

Si se elimina la implicación subjetual del paciente en el problema por el que consulta, la ayuda profesional será, lógicamente, de naturaleza médico-farmacológica. Hay una profunda contradicción, estructural, entre la narrativa biomédica y el empoderamiento de la persona en la recuperación de su proyecto de vida. Este planteamiento conlleva además una invalidación de la conversación psicoterapéutica como herramienta terapéutica cuando precisamente ésta puede ser la clave para el restablecimiento de esa continuidad de la identidad perdida y recuperación del sentido de agencia y autoría de su vida. No en vano, el *locus de control interno*

es un factor protector ampliamente citado por la literatura (Keenan, Hipwell, Stepp y Wroblewski, 2014). La psicoterapia requiere como condición de posibilidad la confianza en los recursos y capacidades de la persona para solucionar sus problemas, esto es, para construir soluciones (en lo que hacen, piensan y sienten). Bajo la narrativa biomédica, el único espacio reservado al *paciente* para ejercer su poder-ser-sujeto será un poder negativo: hacer oposición a la ayuda terapéutica; hacer fracasar el tratamiento.

- 3) Que el suicidio pueda ser presentado como un *problema de salud pública* no implica concluir, salvo desde una visión muy estrecha, reduccionista e interesada del concepto de salud, que deba ser entendido como una *enfermedad*, como a menudo se insiste. La violencia machista también se considera un problema de salud pública y nadie piensa que ni la víctima ni el agresor tengan una *enfermedad mental* que deba ser curada. Y, sin embargo, nadie duda que ambos pueden precisar ayuda psicológica y psiquiátrica. La ayuda recibida aquí no implica por lo demás la anulación de la responsabilidad individual. En consecuencia, el modelo de la *violencia de género*, y no el de la *enfermedad mental como una diabetes*, puede orientar mejor el rumbo de las campañas de prevención del suicidio. La prevención puede avanzar más si se aborda el suicidio desde la óptica de una crisis vital de personas que sufren situaciones-límite, pero que cuentan con capacidad de acción-decisión-

ejecución, que si se trata como una cosa de enfermos mentales sin libertad (García-Haro, García-Pascual, González González, Barrio-Martínez y García-Pascual, 2020). Interesa señalar que si se impone el *control y manejo del riesgo* como *a priori* asistencial (porque la persona padece una *enfermedad mental con sintomatología suicida*), la clínica quedará diluida en un escenario legal y la ayuda mediatizada por prácticas defensivas, del todo comprensibles, pero de consecuencias nefastas si se trata de conseguir una alianza terapéutica, y, por tanto, una prevención eficaz.

En resumen, cabe esperar que mientras no se asuma un planteamiento o *capital cultural* (Bourdieu) alternativo al biomédico y diagnosticocéntrico, la prevención del suicidio seguirá chocando contra un muro de estigma y de silencio. Este nuevo planteamiento alternativo no habría que inventarlo, pues ya existe, tanto en Psicología clínica (Johnstone y Boyle, 2018; Kinderman, 2014a,b, 2019), como en Psiquiatría (Bracken et al., 2012; Timimi, 2014). En España interesaría potenciar la propuesta de una *psiquiatría crítica* (Fernández Liria, 2018; Ortiz Lobo, 2013; Ortiz Lobo y Huertas, 2018; Rendueles, 2017, 2018; Vispe y Valdecasas, 2018) y de una *crítica de la psiquiatría* (Apario Basauri, 2017). Por nuestra parte, un modelo de comprensión del suicidio, alternativo y/o complementario al biomédico, ya ha sido presentado en otros trabajos (García-Haro, García-Pascual y González González, 2018; González González, García-Haro y García-Pascual, 2019; García-Haro et al., 2020).

CONCLUSIONES

La prevención del suicidio en España sigue siendo una necesidad clínica no resuelta (Sáiz y Bobes, 2014). Pero no tanto –este es el debate que queremos abrir– por lo que *aún falta por hacer* (un plan nacional, más recursos, mejorar el registro de casos, más investigación, etc.), sino por lo contrario; por lo que *se está haciendo*. En el sistema sanitario español, el problema de las conductas suicidas se trata mediante protocolos de detección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental. Una clínica protocolaria y sin sujeto invade el sistema sanitario pretendiendo dar solución al problema del suicidio. La utilización de términos como *alerta, gestión del riesgo, manejo de caso, protocolo, algoritmo, cribado, código, monitorización, flujograma, etc.*, así lo atestigua. Se trata de un modelo que revela un concepto muy estrecho de pensar el suicidio; muy digital y nada clínico. Se prioriza un enfoque diagnosticocéntrico –actualmente insostenible– y un tratamiento

psicofarmacológico-hospitalización, si no exclusivo, si al menos dominante, de control de síntomas y manejo del riesgo (Ayuso-Mateos et al., 2012). Sobre esta base o suelo asistencial se añaden diferentes capas de *programas de seguimiento telefónico* para monitorizar el riesgo y mejorar la adherencia al “tratamiento psiquiátrico” (Cebria et al., 2013, 2015), así como *planes de intervención de seguridad* (Stanley y Brown, 2012). Sin duda son elementos necesarios para prevenir la muerte por suicidio, pero insuficientes si se trata de dar una respuesta integral al problema del suicidio, y del todo ineficaces si se trata de potenciar los factores de protección y los deseos de más vida. Es urgente un cambio en la conceptualización *oficial* del suicidio, más allá del modelo biomédico, y en su modo de entender la prevención, más allá del factor diagnóstico. Emprender entre todos esta tarea es una obligación científica y profesional, no sólo por la eficacia preventiva que de ello se pudiera derivar, sino también por ética asistencial.

Referencias bibliográficas

- 1/. Al-Halabí, S. y García Haro, J. M. (2020). Conducta suicida. En E. Fonseca (Ed.), *Manual de Tratamientos Psicológicos Eficaces: Adultos (pp. XX - XX)*. Madrid, España: Ediciones Pirámide. En prensa.
- 2/. American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- 3/. Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G. y Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199(5), 367–372.

- 4/. Aparicio Basauri, A. (2017) (Comp.). *Crítica de la Psiquiatría. Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 14 (1).
- 5/. Ayuso-Mateos, J.L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., ... Ruiz, J. (2012). *Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. Rev Psiquiatr Salud Ment*, 5(1), 8-23.
- 6/. Barjasteh-Askari, F., Davoudi, M., Amini, H., Ghorbani, M., Yaseri, M., Yunesian, M., ... Lester, D. (2020). Relationship between suicide mortality and lithium in drinking water: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 264, 234–241.
- 7/. Berrouiguet, S., Baca-García, E., Brandt, S., Walter, M. y Courtet, P. (2016). Fundamentals for Future Mobile-Health (mHealth): A Systematic Review of Mobile Phone and Web-Based Text Messaging in Mental Health. *Journal of Medical Internet Research*, 18, e135.
- 8/. Bobes García, J., Giner Ubago, J. y Sáiz Ruiz, J. (Eds.). (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Editorial Triacastela.
- 9/. Bobes García, J., Sáiz Martínez, A., García-Portilla, M.P., Bascarán Fernández, M.T. y Bousoño García, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica.
- 10/. Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430–434.
- 11/. Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C., ... Nock, M. K. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199(1), 64–70.
- 12/. Bryan, C.J. y Rudd, M.D. (2018). *Brief cognitive-behavioral therapy for suicide prevention*. New York: Guilford Press.
- 13/. Carpiniello, B. y Pinna, F. (2017). The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 35.
- 14/. Cebrià, A. I., Parra, I., Pàmias, M., Escayola, A., García-Parés, G., Puntí, J., ... Palao, D. J. (2013). Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 269–276.
- 15/. Cebria, A. I., Pérez-Bonaventura, I., Cuijpers, P., Kerkhof, A., Parra, I., Escayola, A.,... Palao, D. J. (2015). Telephone Management Program for Patients Discharged From an Emergency Department After a Suicide Attempt: A 5-Year Follow-Up Study in a Spanish Population. *Crisis*, 36(5), 345–352.
- 16/. Chesney, E., Goodwin, G.M. y Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2), 153-60.
- 17/. Chimpén, C.A. (2020). La larga y dura lucha por permanecer vivas: acompañando a personas que no quieren seguir viviendo. *Mosaico*, 75, 40-54.
- 18/. Colombo, A., Bendelow, G., Fulford, B. y Williams, S. (2003). Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams. *Social Science & Medicine (1982)*, 56(7), 1557–1570.

- 19/. Consellería de Sanidad y Servicio Gallego de Salud (2017). *Plan de prevención del suicidio en Galicia. Líneas estratégicas de prevención del suicidio en Galicia*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Disponible en: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/949/LINEAS%20ESTRAT%20C3%89GICAS%20PREVENCION%20DEL%20SUICIDIO.pdf>.
- 20/. Doblytė S. (2020). Under- or Overtreatment of Mental Distress? Practices, Consequences, and Resistance in the Field of Mental Health Care. *Qualitative Health Research*, 30(10), 1503–1516.
- 21/. El País. *Una menor marroquí se suicida tras ser obligada a casarse con su violador (El País, 13/03/2012)*. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2012/03/13/actualidad/1331643054_114371.html
- 22/. Escudero, V. y Friedlander, M.L. (2019). *Alianza terapéutica con familias. Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles*. Barcelona: Herder.
- 23/. Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas. Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025. Disponible en: https://sescam.castillalamancha.es/files/estrategias_para_la_prevencion_del_suicidio_ok.pdf.
- 24/. Estruch, J. y Cardús, S. (1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder.
- 25/. Fernández Liria, A. (2018). *Locura de la Psiquiatría. Apuntes para una crítica de la Psiquiatría y la "salud mental"*. Bilbao: Declée de Brouwer.
- 26/. García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38, 381-400.
- 27/. García-Haro, J., García-Pascual, H., González González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2020). Para pensar el suicidio más allá de la enfermedad y los diagnóstico: un enfoque contextual-fenomenológico. *Norte de Salud Mental*, 64, 42-51.
- 28/. Generalitat Valenciana. *Vivir es la salida. Plan de Prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Disponible en: <http://www.prevencionsuicidi.san.gva.es/documents/7217942/7267322/GU%20C3%8DA+SUICIDIO+%20C3%81MBITO+SANITARIO.pdf>.
- 29/. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León. *Protocolo de prevención y atención de la conducta suicida. Dirección General de Asistencia Sanitaria*. Consejería de Sanidad. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida.ficheros/1110258-PROCESO%20DE%20PREVENCION%20Y%20ATENCION%20DE%20LA%20CONDUCTA%20SUICIDA.pdf>.
- 30/. Giner, L. y Guija, J.A. (2014). Número de suicidios en España: Diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7, 139-146.
- 31/. Gobierno de La Rioja (2018). *Plan de prevención del suicidio en La Rioja*. Gobierno de La Rioja. Disponible en: <http://www.telefonodelaesperanzalarioja.org/images/PlanDePrevencionDeSuicidioDeLaRioja.pdf>.
- 32/. Gobierno de Navarra (2014). *Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante conductas suicidas*. Gobierno de Navarra. Disponible en:

- <http://www.navarra.es/NR/ronlyres/1C0C8294-D0FD-405F-B7CC-85CAFFBDC9BB/291404/00ProtocoloPrevencionSuicidio3.pdf>.
- 33/. González González, M., García-Haro, J. y García-Pascual, H. (2019). Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39, 15-31.
- 34/. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- 35/. Grupo regional de trabajo sobre prevención de suicidio en Castilla-La Mancha. *Estrategia para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas*. Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025. Disponible en: <https://sanidad.castillalamancha.es/ciudadanos/prevencion-del-suicidio/estrategia-para-la-prevencion-del-suicidio>
- 36/. Hegerl, U., Rummel-Kluge, C., Värnik, A., Arensman, E. y Koburger, N. (2013). Alliances against depression - A community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(10 Pt 1), 2404-2409.
- 37/. Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, E., Van Audenhove, C., Bouleau, J. H., Van Der Feltz-Cornelis, C., ... Pfeiffer-Gerschel, T. (2008). The 'European Alliance Against Depression (EAAD)': a multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 9(1), 51-58.
- 38/. Howard, J. (2019). Supporting Children After the Suicide of a Classmate. Responding to a painful loss in the healthiest way possible. Disponible en: <https://childmind.org/article/supporting-children-after-the-suicide-of-a-classmate/>
- 39/. Instituto Nacional de Estadística (INE) (2019). Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad. Año 2018. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175
- 40/. Ionescu, S. (2001). *Catorce enfoques de la psicopatología*. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- 41/. Isometsä, E. T., Aro, H. M., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E., y Lönnqvist, J. K. (1994). Suicide in major depression in different treatment settings. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55(12), 523-527.
- 42/. Jiménez Treviño, L., Bobes García, J. y Sáiz Martínez, P.A. (2006). *Suicidio y depresión*. *Humanitas Humanidades Médicas*. Tema del mes on-line, 9, 1-21. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero9/revista.html
- 43/. Jiménez, E., Arias, B., Mitjans, M., Goikolea, J. M., Roda, E., Sáiz, P. A., ... Benabarre, A. (2013). Genetic variability at IMPA2, INPP1 and GSK3 β increases the risk of suicidal behavior in bipolar patients. *European neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1452-1462.

- 44/. Johnstone, L. y Boyle, M. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society.
- 45/. Joiner, T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- 46/. Jordan, J. T., y McNeil, D. E. (2020). Perceived coercion during admission into psychiatric hospitalization increases risk of suicide attempts after discharge. *Suicide & life-threatening behavior*, 50(1), 180–188.
- 47/. Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., ... Ethier, K. A. (2018). Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries (Washington, D.C. : 2002)*, 67(8), 1–114.
- 48/. Keenan, K., Hipwell, A. E., Stepp, S. D. y Wroblewski, K. (2014). Testing an equifinality model of nonsuicidal self-injury among early adolescent girls. *Development and Psychopathology*, 26(3), 851–862.
- 49/. Kinderman, P. (2014a). *A Prescription for Psychiatry: Why We Need a Whole New Approach to Mental Health and Wellbeing*. London: Palgrave Macmillan.
- 50/. Kinderman, P. (2014b). *New Laws of Psychology: Why Nature and Nurture Alone Can't Explain Human Behaviour*. London: Robinson.
- 51/. Kinderman, P. (2019). *A Manifesto for Mental Health: Why We Need a Revolution in Mental Health Care*. London: Palgrave Macmillan.
- 52/. Lopez-Castroman, J., Mendez-Bustos, P., Perez-Fominaya, M., Villoria, L. B., Zamorano, M. J., Molina, C. A., ... Baca-Garcia, E. (2015). Code 100: a study on suicidal behavior in public places. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(4), 142–148.
- 53/. Marsh, I. (2010). *Suicide: Foucault, history and truth*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 54/. McAllister, M., Billett, S., Moyle, W. y Zimmer-Gembeck, M. (2009). Use of a think-aloud procedure to explore the relationship between clinical reasoning and solution-focused training in self-harm for emergency nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(2), 121–128.
- 55/. Memon, A., Rogers, I., Fitzsimmons, S., Carter, B., Strawbridge, R., Hidalgo-Mazzei, D., & Young, A. H. (2020). Association between naturally occurring lithium in drinking water and suicide rates: systematic review and meta-analysis of ecological studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 1–12.
- 56/. Menéndez Osorio, F. (2020). Suicidio: clínica o voluntad de morir. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. En prensa.
- 57/. Miller, A. B., Eisenlohr-Moul, T., Glenn, C. R., Turner, B. J., Chapman, A. L., Nock, M. K. y Prinstein, M. J. (2019). Does higher-than-usual stress predict nonsuicidal self-injury? Evidence from two prospective studies in adolescent and emerging adult females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 60, 1076–1084.
- 58/. Menéndez-Miranda, I., Diego Fernández-Peláez, A., Velasco, Á., Burón, P., García-Álvarez, L., Rodríguez-Revuelta, J., ... Bobes, J. (2018). La respuesta electrodermal en la prevención del suicidio. En J. Giner, A. Medina y L. Giner (Eds.), *Encuentros en Psiquiatría. Nuevos horizontes en la explicación del suicidio, Vol. 8* (pp.63-74). Madrid: Enfoque Editorial.

- 59/. Mirkovic, B., Laurent, C., Podlipski, M. A., Frebourg, T., Cohen, D., y Gerardin, P. (2016). Genetic Association Studies of Suicidal Behavior: A Review of the Past 10 Years, Progress, Limitations, and Future Directions. *Frontiers in psychiatry*, 7, 158.
- 60/. Mulder, R., Newton-Howes, G. y Coid, J. W. (2016). The futility of risk prediction in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 209(4), 271–272.
- 61/. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- 62/. Ortiz Lobo, A. (2017). *Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en salud mental*. Madrid: Grupo 5.
- 63/. Ortiz Lobo, A. y Huertas, R. (2018). (Coords.). *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Catarata.
- 64/. Osakidetza (2019). *Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- 65/. Palao Vidal, D. (2011). *Ver el suicidio como la consecuencia de un problema de salud es una asignatura pendiente (La Vanguardia, 24/01/2011)*. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/salud/20110124/54104822008/diego-palao-ver-el-suicidio-como-la-consecuencia-de-un-problema-de-salud-es-una-asignatura.html>
- 66/. Palao Vidal, D. (2016). Suicidio consensus: un proyecto de la Sociedad Española de Psiquiatría. En J. Giner, A. Medina y L. Giner (Eds.), *Encuentros en Psiquiatría. De la clínica y el consenso a la prevención*, Vol. 6 (pp.113-126). Madrid: Enfoque Editorial.
- 67/. Palao Vidal, D. (2018). *El suicidio hay que entenderlo como una enfermedad, como un problema de salud (Siete días Jumilla, 20/01/2018)*. Disponible en: <http://sietediasjumilla.es/diego-palao-vidal-suicidio-entenderlo-una-enfermedad-problema-salud/>
- 68/. Pérez-Álvarez, M. (2018). Para pensar la psicología más allá de la mente y el cerebro: un enfoque transteórico. *Papeles del Psicólogo*, 39 (3), 161-173.
- 69/. Pérez-Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la psicoterapia: Cómo salir. *Papeles del Psicólogo*. Advance online publication. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2944>
- 70/. Perez-Rodriguez, M.M., Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Garcia-Resa, E., Ceverino, A., Saiz-Ruiz, J., ... de Leon, J. (2008). Low serum cholesterol may be associated with suicide attempt history. *J Clin Psychiatry*, 69(12),1920-1927.
- 71/. Price, R.B. y Mathew, S.J. (2015). Does ketamine have anti-suicidal properties? *Current status and future directions. CNS Drugs*, 29(3),181–8.
- 72/. Read, J. (2005). The bio-bio-bio model of madness. *The Psychologist*, 18(10), 596–597.
- 73/. Rendueles, G. (2017). *Las falsas promesas psiquiátricas*. Madrid: La linterna sorda.
- 74/. Rendueles, G. (2018). *Suicidio(s)*. Madrid: Grupo 5.
- 75/. Rendueles, G. (2020). La utopía del preventor: ¿un bello día, un mundo libre de suicidios? *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. En prensa.

- 76/. Rodríguez-Blanco, L., Carballo, J. J. y Baca-García, E. (2018). Use of Ecological Momentary Assessment (EMA) in Non-Suicidal Self-Injury (NSSI): A systematic review. *Psychiatry Research*, 263, 212–219.
- 77/. Rogers, J. R. y Soyka, K. M. (2004). “One size fits all”: An existential-constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 7–22.
- 78/. Saiz Martínez, P.A., Burón Fernández, P., Al-Halabí Díaz, S., Fernández-Artamendi, S., García-Álvarez, L., de la Fuente, L., ... Bobes, J. (2016). Evaluación y seguimiento en dispositivos ambulatorios. En J. Giner, A. Medina y L. Giner (Eds.), *Encuentros en psiquiatría. De la clínica y el consenso a la prevención*, Vol. 6 (pp. 57-66). Madrid: Enfoque Editorial.
- 79/. Sáiz, P. A., Rodríguez-Revuelta, J., González-Blanco, L., Burón, P., Al-Halabí, S., Garrido, M., ... Bobes, J. (2014). Protocolo de estudio de un programa para la prevención de la recurrencia del comportamiento suicida basado en el manejo de casos (PSyMAC) [Study protocol of a prevention of recurrent suicidal behaviour program based on case management (PSyMAC)]. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(3), 131–138.
- 80/. Sáiz, P.A. y Bobes, J. (2014). Prevención del suicidio en España: una necesidad clínica no resuelta. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7 (1), 1-4.
- 81/. Santangelo, P. S., Koenig, J., Funke, V., Parzer, P., Resch, F., Ebner-Priemer, U. W. y Kaess, M. (2017). Ecological Momentary Assessment of Affective and Interpersonal Instability in Adolescent Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(7), 1429–1438.
- 82/. Servicio Andaluz de Salud (2010). *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*. Servicio Andaluz de Salud.
- 83/. Servicio Extremeño de Salud. *I Plan de acción para la prevención y abordaje de las conductas suicidas en Extremadura*. Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/CustomContentResources/1%20PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20PREVENCION%20Y%20ABORDAJE%20DE%20LAS%20CONDUCTAS%20SUICIDAS%20EN%20EXTREMADURA.pdf.
- 84/. Stange, J. P., Kleiman, E. M., Mermelstein, R. J. y Trull, T. J. (2019). Using ambulatory assessment to measure dynamic risk processes in affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 259, 325–336.
- 85/. Stanley, B. y Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264.
- 86/. Tejedor, M.C. (2016). Programa de prevención y postvención de la conducta suicida. En J. Giner, A. Medina y L. Giner (Eds.), *Encuentros en psiquiatría. De la clínica y el consenso a la prevención*, Vol. 6 (pp. 79-94). Madrid: Enfoque Editorial.
- 87/. Tejedor, M.C., Díaz, A., Faus, G., Pérez, V. y Solà, I. (2011). Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr*. 39(5), 280-7.

- 88/. Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215.
- 89/. Turecki, G. y Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024), 1227-1239.
- 90/. Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews. Disease Primers*, 5 (1), 74.
- 91/. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental (2018). *Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio*. Consejería de Sanidad. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Disponible en:
<https://www.astursalud.es/documents/31867/225127/PROTOCOLO+SUICIDIO+def.pdf/48775c44-b688-961e-be16-f81511d4eba2>.
- 92/. Villa Alonso, E. (2020). El suicidio (la muerte voluntaria) y los Programas de prevención del suicidio. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. En prensa.
- 93/. Vispe, A. y G. Valdecasas, J. (2018). *Postpsiquiatría. Textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas*. Madrid: Gurpo 5.
- 94/. VV.AA. (2010). *Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Sanidad. Disponible en:
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/1142678548386>
- 95/. Wharff, E. A., Ginnis, K. B., Ross, A. M., White, E. M., White, M. T. y Forbes, P. W. (2019). Family-Based Crisis Intervention With Suicidal Adolescents: A Randomized Clinical Trial. *Pediatric emergency care*, 35(3), 170-175.
- 96/. World Health Organization (2019). *Suicide in the World. Global Health Estimates*. World Health Organization: Geneve. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>.
- 97/. World Health Organization (WHO) (2015). *Suicide Data*. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- 98/. Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., ... European Evidence-Based Suicide Prevention Program [EESPP] Group by the Expert Platform on Mental Health, Focus on Depression (2017). Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: A consensus position paper. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 27(4), 418-421.

Juan Manuel García Haro

Correspondencia: juanmanuel.garciah@sespa.es

El suicidio (la muerte voluntaria) La prevención del suicidio Suicide (voluntary death). Suicide prevention

Enrique Villa Alonso
Psiquiatra. Mieres (España)

RESUMEN

El objetivo del artículo es comprometer (“committere”: someter dos contendientes su litigio a un tercero –tú, lector–, aceptando por anticipado su resolución) los programas sanitarios de prevención del suicidio y la clínica.

Palabras clave: Suicidio, subjetividad, psico(pato)logía, conductas suicidas, cuidado psíquico, programas de prevención del suicidio.

ABSTRACT

The aim of the article is to compromise (“committere”: submit two contestants their litigation to a third party –you, reader–, accepting their resolution in advance) the health programs for the prevention of suicide and the clinic.

Key words: Suicide, subjectivity, psycho(patho)logy, suicidal behavior, mental care, suicide prevention programs.

INTRODUCCIÓN

Este artículo sobre el suicidio resultó ser un compromiso: es un tema muy complejo y amplio, controvertido y críptico, problemático e incierto; es de mucho mérito que algunos autores consigan esquematizarlo en pautas, objetivos y algoritmos en un Programa de prevención; mucho más en un reducido Protocolo. Por otra parte, hay publicados cientos de trabajos científicos sobre el suicidio, muchos escritos desde la Psiquiatría, colmados de escalas, datos y operaciones estadísticas (varianza, covarianza, análisis primario, test log-rank estratificado, etc.), aunque quizá algo escasos de clínica. Así mismo, debo advertir, no soy un experto.

Por unas y otras razones, he intentado ser crítico sólo cuando era imposible no serlo. Pero, aun cuando el artículo pueda contener errores, creo que mi impresión es cierta: el suicidio no es lo que la ciencia de hoy pretende; la prevención sanitaria –subrayo sanitaria– que se propone, y la Administración ordena, es de dudosa utilidad si no contraproducente: no se previene el suicidio consumado, y, aunque “podría ser útil” en la disminución de la recidiva del 17% de las tentativas de suicidio, puede tener efectos de iatrogenia. ¿Está justificado que se disponga toda la red sanitaria al servicio de esta prevención? No menos importante es que en trabajos de investigación de estrategias

preventivas, el porcentaje de pacientes que no acepta o no reúne criterios para participar en el estudio es bastante alto (50-70%); ¿pueden convertirse en pauta para la asistencia de los pacientes –reales– en la práctica de cada día?

Sin embargo, debo admitir que las prácticas “artesanales” de hace unos años no van con estos tiempos, que probablemente exigen algo más científico –ciencia dura, objetiva–. No obstante, creo que no cabe el optimismo: desde la Salud Mental el suicidio consumado es algunas veces previsible y pocas veces, muy pocas, evitable.

Mal que bien el artículo está escrito. A los universitarios les parecerá poco científico, a los clínicos ayuno de aportaciones; seguramente unos y otros tengan razón, pero espero que tenga algún interés.

GENERALIDADES

Se puede afirmar que el suicidio es un fenómeno universal y que ha existido en todos los tiempos y culturas. Probablemente los factores que hace miles de años impulsaban a los hombres al suicidio (adversidad, enfermedad, atropello,...) no difieran de los actuales: poner fin a un dolor físico o moral. Sea por enfermedad, para no caer en manos del enemigo, por no soportar una vida de precariedad y adversidad, por no soportar la pérdida de un ser querido, por no soportar el miedo o la amenaza, por

no soportar la injusticia, la humillación, la vergüenza,...; sea para alcanzar otra vida, por tedio, por enfermedad mental,... y alguno, quizá, sin una razón precisa (1). En esta perspectiva, el hombre no decide su nacimiento ni decide su condición mortal pero al menos puede decidir el momento de su muerte; al fin y al cabo, la vida es un préstamo que antes o después hay que devolver. ¿El suicidio es un acto de libertad? Séneca en “Cartas a Lucilio” observa: “desdichado, eres esclavo de los hombres, de las cosas de la vida, porque la vida, si falta el valor de morir se convierte en servidumbre”, y en “La Providencia” dice que el suicidio no tiene nada de extraordinario “pues la muerte está al alcance de la mano.”

Podría entonces parecer que hay pocos suicidios en el mundo: en 2017, 17000¹ niños menores de 15 años murieron cada día (6.3 millones en el año); también en 2017, 3139 emigrantes murieron o fueron dados por desaparecidos en el mar Mediterráneo y desde 2014 a 2018 al menos 640 niños emigrantes murieron ahogados en el Mediterráneo; en 2019, 70.8 millones de personas en todo el mundo se vieron obligadas a huir de sus hogares; casi un millón de personas mueren anualmente en el mundo por falta de agua potable (ONU); etc. Sí, se podría pensar que hay pocos suicidios en el mundo.

Antaño honorable, luego pecado y crimen, después enfermedad mental o hecho social y en la actualidad trastorno mental, pero hoy

¹ En adelante se adopta la norma de separar con un espacio en blanco los números de más de 4 cifras, agrupando éstas de 3 en 3, empezando por la derecha; los decimales se separan con un punto.

en nuestra sociedad ¿qué significa matarse uno mismo, matar al “Yo”? ¿cómo se puede entender que un hombre quiera matar su “Yo”? En el último cara a cara con la vida el sujeto con el acto suicida rompe el lazo con la lógica vital que le parece prescrita (Améry): en el suicidio cada hombre está frente a sí mismo.

El suicidio es un enigma. René Thom postula que en los sistemas estructurados –el sistema social entre ellos– así como en todo lo que existe –el ser humano incluido– la ruptura y el salto –el suicidio en este caso– están en su núcleo, en su esencia. Lo más característico de la vida sería el “apego a la vida” (la lógica vital); como corolario, la perspectiva de la muerte –la autoconciencia del hombre, elemento distintivo de su evolución, le anticipa que el fin que le espera es morir– constituye la angustia fundamental de(l) ser humano, pero al mismo tiempo retuerce el apego a la vida del suicida.

División y pathos están en la esencia de la condición humana –donde habita el suicidio–, mezcla de contradicciones que el hombre arrastra y que conforman su identidad, jaspeada de hendiduras y ambigüedades, y que no se puede recortar en lo objetivo: el hombre no es sólo, ni fundamentalmente, una realidad objetiva y entera, homogénea y uniforme, es sobre todo sujeto, subjetividad y conflicto. Reducir el suicida, y el suicidio, a datos objetivos –“los límites de mi lenguaje son los límites de mi mundo” (Wittgenstein)– es ignorar la esencia del hombre.

El suicidio es un problema social, es un desafío para nuestra sociedad con su ideal

de felicidad, de éxito y de progreso; supone una herida en la cohesión del grupo, privado así de un ciudadano, de un trabajador y de un contribuyente. Representa también el fracaso de las defensas colectivas frente a lo real de la muerte, así como el fracaso del Estado y del grupo para controlar y normalizar a sus individuos: en esta sociedad pos-capitalista mantenerse vivo (productivo y/o consumidor) es una exigencia del Estado, una exigencia en función de su vocación de regular y administrar –por medio de las instituciones– las vidas de los ciudadanos (Foucault) sin importar la dignidad de las vidas que el sistema “produce”. Sea la persona que al terminar sus días, y ya sin esperanza, se encuentra llena de tubos y aislada en una U.C.I.; sea la persona recluida en un campo de refugiados; sea la persona indigente asfixiada en la miseria –la “Privación material severa” (pobreza extrema) aumentó en España del 3.6% de la población en 2008 al 5.1% en 2018 (EAPN)–; sea el adolescente enviciado en el juego –acosado por la publicidad y las facilidades para apostar– al que se pide “responsabilidad en el juego”; sea el inmigrante que contagiado por el Covid-19 se convierte en una “amenaza” para la Salud Pública cuando días, meses antes, que trabajara de sol a sol, a cincuenta grados, durmiera en la calle,... no suponía ninguna amenaza para la decencia social; etc.

Desde la lógica positivista de hoy (objetiva y operacional) preocupa la prevención del suicidio, ignorando que desentendiéndose de la subjetividad del sujeto acaso no quepa investigar cómo evitar el suicidio, porque el suicidio es en sí mismo una conclusión incontestable, es una salida, una mala salida

pero una salida: más vale un final con horror que un horror sin final. Probablemente en muchos suicidios no hay Psiquiatría, ni Psicología, ni programas o protocolos sanitarios que valgan, o que valgan para mucho: la soledad, la miseria, la desesperación, la violencia –especialmente institucional– son deletéreas; en cambio, los lazos humanos y la justicia social obran milagros en las ganas de vivir de los hombres.

¿El suicidio es un problema esencialmente sanitario consecuencia de un trastorno mental?, como se pretende en la actualidad. Para Karl Jaspers, reducir el suicidio a una patología mental es “intelectualmente rudo”. No obstante, en nuestro ámbito de trabajo la primera consideración del suicidio sólo puede ser sanitaria, aunque sin pretender monopolizar el suicidio ni reducirlo a epidemiología y estadísticas, sino desde la clínica: entre la Salud Pública y la clínica, más allá de la dimensión del individuo, el suicidio constituye un problema en donde se entrelazan indisociablemente factores culturales, sociales y del sujeto (aculturación, marginación, desempleo,... y también trastorno mental); pero más acá de esa dimensión epidemiológica está la dimensión clínica y la expresión radical de la subjetividad de un ser humano y, quizá, de su desesperación.

La Psiquiatría de hoy considera el suicidio como algo externo, ajeno, a la propia persona suicida, y ajeno a su mundo: el concepto Acontecimiento Vital –en general el concepto “factores de riesgo”– no es epistemológicamente neutro, es un concepto de los epidemiólogos que sitúa el acontecimiento en la exterioridad del sujeto, fuera del campo de lo vivido según un esquema de causalidad lineal estímulo-reacción; pero lo cierto es que no hay acontecimiento sino para el hombre y por el hombre, es una noción antropológica, no un dato objetivo. Así, muchos trabajos actuales sobre el suicidio son en extremo objetivos y técnicos, descarnados; se descarta la subjetividad del suicida –o se intenta hacer vivisección con ella: escalas para “medir” la desesperanza, el pesimismo, etc.– y el sujeto resulta reducido a datos, a cosa².

Así mismo, la asistencia protocolizada del suicida está repleta de algoritmos (noción técnica muy de moda; aplicada en la asistencia produce gestión de poblaciones). El algoritmo –concepto de matemáticas, lógica, ciencias de la computación y disciplinas relacionadas– consiste en un conjunto de reglas que, aplicadas sistemáticamente a unos datos de entrada apropiados, resuelven un problema en un número finito de pasos elementales; hay que resaltar que el algo-

2 El reciente suceso luctuoso del afroamericano George Floyd, muerto en los Estados Unidos durante una detención policial, me ha hecho recordar que hay algo impropio, degradante en ocasiones –indecente en algunos casos– en el lenguaje objetivo y técnico –descarnado– aplicado a un ser humano: poner la rodilla en el cuello de un hombre en el suelo y hacer fuerza para estrangularlo se dice en lenguaje técnico “maniobra de inmovilización”. Dice Gomá: “El acto inmoral por excelencia será siempre un acto de cosificación, en virtud del cual, confundiendo al hombre con la cosa, lo deshumaniza al dispensar indebidamente a los seres con dignidad el tratamiento que conviene a los que solo tienen precio” (2).

ritmo ejecuta las instrucciones de manera sistemática, es decir, es “ciego” ante lo que está haciendo. Parecería lógico pensar que un algoritmo –ciego ante lo que está haciendo– no puede ser una buena herramienta para la asistencia de un paciente psiquiátrico, en este caso suicida. La pregunta es si los seres humanos (y sus conductas) y la asistencia psiquiátrica (y psicológica; podría incluirse la social) pueden reducirse a algoritmos, y si el profesional, al igual que el algoritmo, ha de ser ciego –y sordo– ante lo que está haciendo.

Thomas S. Szasz, se preguntaba qué sucedió en el siglo XIX para que la Psiquiatría arrebatara el suicidio a la Religión (el suicidio pecado) y a la Justicia (el suicidio crimen). Su respuesta es que nada: no se descubrió que el suicidio fuera una enfermedad mental, se declaró que era una enfermedad mental. Ciertamente así fue, pero tras esa declaración la Psiquiatría estudió el suicidio partiendo de casos clínicos concretos, intentando aprehender la realidad del suicidio a través del suicida (Psiquiatría clínica, Psicoanálisis, Fenomenología) e intentando integrar los hechos y los factores sociales (Psiquiatría social, Antipsiquiatría).

En estos años se asiste a una campaña sobre el suicidio: prevención, sensibilización, visibilización,... ¿Qué ha sucedido para este toque a rebato de los poderes políticos, gestores sanitarios, expertos,...? Parecería que el interés por el suicidio y la preocupación por el suicida han nacido con ellos; sin embargo, la prevención y la consideración de riesgos, particularmente referidos a las descompensaciones psicóticas y al suicidio de los pacientes, acompañaron siempre a la

Psiquiatría, cierto es que desde la clínica –ya Eugen Bleuler era crítico respecto a un exceso de celo de los psiquiatras en la prevención del suicidio (activismo) y recomendaba “moderación”– no desde Programas diseñados a base de trabajos epidemiológicos y estadísticos en los que, no se engañe nadie, lo importante no es la persona suicida: ante un suicidio lo importante es si se realizó el Programa o el Protocolo y la responsabilidad o culpa, en último extremo judicial.

En la actualidad se reclama visibilizar el suicidio y a los suicidas. Ignoro en qué se basa pedir esa visibilización ni sé cómo disminuirán los suicidios por ser más visibles: ¿el suicidio no es suficiente, desgraciada y trágicamente visible? Se consideraba que los medios de comunicación –parte integrante de los elementos socioculturales de una sociedad– no parecen intervenir directamente sobre las tasas de suicidio –el fenómeno del contagio social sólo tendría cierta importancia en el interior de algunas instituciones; en nuestros días los medios de comunicación y las redes sociales quizá tengan más influencia en el suicidio que años atrás como soporte para el contagio social, quizá porque vivimos unos tiempos de gran anomía y esto permite que el sujeto haga identificaciones, aunque efímeras, masivas– aunque sí en la elección de los métodos de suicidio, creando, de alguna manera, modelos. Pero a nivel indirecto de las causas de los suicidios, los medios de comunicación juegan un importante papel entre todos los factores socioculturales que contribuyen a dar forma a la personalidad de los sujetos y a la integración (o desintegración) social: amplificadas por los medios de comunicación, los fenómenos que aten-

tan contra la socialización (racismo, crisis, acontecimientos sociales negativos,...) engendran frustración y angustia, y, por ahí, conductas patológicas como la auto y la heteroagresividad; así, de forma indirecta podrían influir en las tasas de suicidio. Por otra parte, el respeto a la persona suicida, a su dignidad, requiere privacidad y distancia; si no, es curioso. En todo caso, confío que la visibilización no llegue a la antigua práctica de exponer el cuerpo de los suicidas en los cruces de caminos (bien visibilizados), ni se llegue a realizar –como hasta el siglo XVIII se realizaron– juicios (públicos) al cadáver del suicida.

Hoy día, liderado por la Psiquiatría biomédica, el estudio del suicidio –y del trastorno mental, reduccionismo de la enfermedad mental– y la definición de la asistencia –la “buena asistencia” y los “tratamientos óptimos”–, se recoge en Guías, Programas y Protocolos, y lo determinan los expertos, los trabajos de investigación y los ensayos clínicos, en pocos casos con pacientes reales, y en muchos financiado –directa o indirectamente– por la industria Farmacéutica. Sin embargo, estos trabajos de investigación (fundamento de los Programas de prevención) son reduccionistas, objetivos (sin sujeto), parcelares y estadísticos:

1) A diferencia de la concepción actual de los síntomas psiquiátricos –que se consideran de igual naturaleza que los síntomas somáticos– frente al fenómeno psíquico normal el fenómeno psíquico patológico debe tener unas características para ser considerado como tal. Particularmente, la conducta anómala (síntomas y signos) está caracterizada por tener intencionalidad y sentido

–es decir se produce en el marco relacional del paciente–; así mismo, no hay conducta anómala aislada –ideación suicida, tentativa de suicidio, etc.– ni escala que pueda dar cuenta de ella, está afectado todo el sujeto –emociones, deseos, estado de ánimo, cogniciones, etc.; también el cuerpo–. Es decir, la enfermedad mental es global (e histórica) y biopsicosocial, aunque habría que señalar que el concepto biopsicosocial se ha desnaturalizado y no es, como hoy se entiende, la mera adición a lo biológico de lo psicológico y lo social.

Y, muy importante, hay tres aspectos de los síntomas psiquiátricos que son problemáticos: **a)** por un lado, muchos síntomas son considerados angustiosos por el paciente, pero este carácter no es ni permanente ni necesario; **b)** por otra parte, la persona considera que algunos síntomas le son extraños y otros no, sin que se pueda decir siempre que unos proceden preferentemente del campo neurótico y los otros del campo psicótico; **c)** por último, se plantea la cuestión del reconocimiento o no, por parte del paciente, de la naturaleza patológica de esos fenómenos: la “conciencia de enfermedad”. La conciencia o no conciencia de enfermedad se trata de una dicotomía que parece simple pero no lo es, que quizá se ha banalizado en exceso (“el paciente hace autocrítica”) y cuyo valor y autenticidad depende esencialmente –aunque no en exclusiva– de la relación establecida entre el paciente y el clínico.

Así mismo, en el sujeto con patología mental no se puede hacer abstracción de las prácticas de evaluación y/o asistencia de las que es objeto, sea una evaluación con escalas, una psicoterapia, un protocolo, una psicoeduca-

ción, un ensayo clínico, etc. Las prácticas psiquiátricas y/o psicológicas modifican el “objeto” de estudio y/o de asistencia y, puede decirse, que la misma enfermedad mental es diferente según la práctica de conocimiento o de asistencia a la que se “somete” al enfermo, en nuestro caso el paciente suicida: es evidente que la esquizofrenia es bien diferente desde que los pacientes no son internados de por vida en hospitales psiquiátricos; igualmente, la histeria de Charcot pertenece a su tiempo y a las condiciones en las que estaban ingresadas las pacientes; tampoco es lo mismo el paciente “real” que el paciente de los ensayos clínicos o de los trabajos de investigación; ni es lo mismo una asistencia que reconoce la autonomía y libertad del paciente que una asistencia “psicoeducativa”; etc. Los suicidas ¿son “psicoeducables”?

En consecuencia, los trabajos de investigación sobre el suicidio y su prevención resultan equívocos porque amputan la realidad –la realidad de los síntomas psiquiátricos– y reducen el suicidio y las conductas suicidas (y al suicida), a unos signos, objetivos, a una conducta anómala “objetivable”, a un diagnóstico. Igualmente, en la evaluación del paciente suicida que proponen las Guías y los Programas de prevención, se ignoran las características de los síntomas psiquiátricos y su carácter problemático, se da por sentado que el síndrome suicida es vivido por el paciente como inoportuno y extraño, con conciencia de estar enfermo y con ganas

de hacer partícipe de ello al clínico: “comunicación suicida sin, con grado indeterminado o con alguna intencionalidad suicida”, “contrato de no suicidio”, etc.; no siempre es así, especialmente en los pacientes que hacen suicidio consumado. Y cuando no se produce esa aproximación ingenua del paciente, se recomienda el activismo del profesional (véase más adelante).

De esta manera, la prevención en Psiquiatría (suicidio, psicosis,...) –donde no hay “una causa”– resulta un terreno resbaladizo: si se consigue convencer de que la prevención propuesta previene (la verdad se impone) y el sujeto no presenta el fenómeno patológico habrá sido gracias a la prevención. Teniendo en cuenta además que en Psiquiatría los “factores de riesgo” tienen poca hondura clínica y que su detección tiene poco rigor –instrumentos de muy baja especificidad: muchos falsos positivos³– resultará una inflación de resultados positivos de la prevención “gracias” al tratamiento de falsos positivos e independientemente de la eficacia del tratamiento utilizado: un caramelo para la privatización de los Programas de prevención; sin duda.

2) Los estudios estadísticos y epidemiológicos, por exhaustivos que sean, pueden dibujar los contornos del fenómeno suicida, pero no permiten entrar en el corazón del suicidio: cada suicidio o tentativa de suicidio es la manifestación de un drama personal, drama que intentaría aprehender la aproximación clínica –sin muchas veces

3 Por supuesto, se incluirán los pacientes en busca de una identificación diagnóstica de por vida con la “etiqueta” suicida, al igual que hay sujetos “bipolares”, “fibromiálgicos”, etc.

conseguirlo, es cierto—, siempre incierta y fuente de ansiedad para el profesional —no en balde la Psiquiatría es una de las Especialidades con mayor índice de suicidios— a diferencia de la tranquilidad de rellenar escalas y cumplimentar programas y protocolos. Aproximación clínica que no puede limitarse a una etiqueta diagnóstica, mucho menos cuando la enfermedad mental se concibe desde la Psiquiatría biomédica (modelo biológico del trastorno mental): es imprescindible acercarse al sujeto y a su realidad, sin duda biológica, pero siempre intersubjetiva, interpersonal, sociocultural e histórica.

Dado que los Programas de prevención del suicidio se basan mayormente en trabajos estadísticos y epidemiológicos, es preciso señalar que estudiando el mismo fenómeno (ideas suicidas en la población, tentativa de suicidio y recidivas, suicidio consumado) las estadísticas tienen interés pero no pueden sacralizarse (lo mismo vale para las estadísticas recogidas en este trabajo): además de los propios sesgos que puedan tener los trabajos de investigación, las estadísticas son dispares pues existen deficiencias y

diferencias en los sistemas de notificación (tentativas de suicidio referidas por el sujeto, tentativas recogidas en registro hospitalario, etc.), y existe disparidad de conceptos clínicos (depresión definida con escalas, crisis psicosocial depresiva, qué es o no es equivalente suicida, grado de letalidad de una tentativa de suicidio, etc.). Es decir, hay gran diversidad en la construcción de los datos estadísticos.

Por otra parte, las estadísticas, para ser útiles, exigen una explicación-interpretación y esto lo proporciona una teoría, en nuestro caso una teoría psico(pato)lógica: las teorías son una parte esencial de cualquier disciplina académica porque permiten ofrecer explicaciones en lugar de limitarse a enumerar una serie de hechos; los datos estadísticos no hablan por sí mismos, tienen que ser interpretados. Sin embargo, la Psiquiatría biomédica ignora la Psicopatología; su modelo es la Fisiopatología y su manual clínico, el DSM⁴, se define “ateórico”.

Según Latour, hay que tener en cuenta que “la construcción de los datos estadísticos es un proceso de objetivación mediado socialmente” (agentes, documentos, procesos,

4 Patrocinado por la American Psychiatric Association (APA) y financiado por el National Institute of Mental Health (NIMH) de los EE. UU., el DSM se define como “ateórico”, lo cual, además de falso, pues remite a un modelo farmacológico, no es posible ni deseable. Hay que señalar que el DSM-5 es probablemente el último de los DSM: dos semanas antes de su publicación, abril de 2013, el director del NIMH expresó la intención del NIMH de no seguir financiando el DSM: “el diccionario (DSM) que organiza el campo psicopatológico conserva su fuerza y su debilidad: su fuerza sigue siendo la fiabilidad interjueces y su debilidad continúa siendo la ausencia de validez científica”. En otras palabras, el DSM-5 es una lengua perfecta pero no quiere decir nada ya que deja de lado la psicopatología para centrarse —siguiendo un modelo botánico— en su empeño clasificatorio de especies y subespecies a la manera de Linneo. Ian Hacking (filósofo e historiador de la ciencia) dice que quizás al final el DSM será considerado una “reductio ad absurdum” del proyecto botánico en el campo de la locura. Por otra parte, hay que reseñar que aunque con escasa utilidad para la clínica, el DSM se ha mostrado como una herramienta muy poderosa y eficaz para la gestión de poblaciones en los EE. UU.

controversias, etc.) que en última instancia producen las series estadísticas; también hay que tener en cuenta que estos productos estadísticos tienen la particularidad de ser considerados y presentados como “cajas negras”, como productos acabados e “incuestionables” (3). Pero una de las recomendaciones de Latour consiste precisamente en “seguir la pista al proceso de construcción de los datos estadísticos”. Siguiendo esa recomendación, MacDonald y Murphy encontraron en su estudio que el considerable “aumento” de suicidios en Inglaterra entre 1510 y 1580 (de 108 a 940 suicidios registrados) se debió en gran parte a que, en virtud de las leyes contra el suicidio promulgadas en 1509 y 1510, los encargados de revisar las muertes y registrar los suicidios recibían un dinero por cada suicidio registrado (4).

Sin querer sacar conclusiones respecto a los numerosos investigadores sobre el suicidio que existen en la actualidad y sobre los trabajos científicos que producen, parece ser que en las áreas geográficas en las que más se investiga sobre el suicidio y la prevención del suicidio (EE. UU. y Europa), las tasas de suicidio no han disminuido sino que permanecen estables (Europa) o han aumentado (EE. UU.). Cabría preguntarse por la utilidad de tantos trabajos científicos de investigación.

Será por lo que sea, pero en los EE. UU. –el país con más “producción científica” sobre el suicidio– las tasas de suicidio han aumentado un 25% durante los últimos años (1999-2016), con una tasa de 15 suicidios por cada 100 000 habitantes en 2016 y con 25 Estados que experimentaron un incremento de los suicidios de más del 30% (Center for

Disease Control and Prevention –CDC– de los EE. UU.). Igualmente, de 1993 a 2008 se multiplicaron por 3 las asistencias hospitalarias de tentativas de suicidio en los EE. UU., aunque esto podría significar que tras una tentativa de suicidio se recurre más a la asistencia hospitalaria.

En los EE. UU. se vienen realizando desde hace años Programas de “detección”, “asistencia” y “prevención” de la esquizofrenia, del suicidio, de la violencia en las escuelas, etc., con cribados masivos de población y detección de sujetos de “riesgo”, diseño de circuitos, algoritmos, flujos de derivación, aislamiento y monitorización de individuos, etc., que se resumen en dar fármacos a los sujetos “detectados” y/o en control social.

Además de la consideración ética de tales procedimientos, está la consideración práctica: sabiendo que la capacidad predictiva de la Psiquiatría –y la Psicología– (“sujetos con riesgo de violencia”, “peligrosidad” (5), suicidio, psicosis, etc.) es cercana al azar, la conclusión es evidente: falsos positivos y falsos negativos. Es por esto que la “detección” y la asistencia que ordenan los Programas de prevención despiertan temores por las consecuencias funestas que puede conllevar una estrategia en Salud Mental para la detección masiva y la protocolización de la población: (“vigilar y castigar”) vigilar, prevenir y, quizá, castigar; vigilancia y abandono del paciente, porque vigilancia no es asistencia ni es acompañamiento.

El paradigma de este proceder es la New Freedom Initiative (NFI), estrategia global de “asistencia” y “prevención” que surge de las recomendaciones de la New Freedom

Commission for Mental Health (6) creada por el Presidente George W. Bush en el año 2002 para realizar un “estudio exhaustivo” de la salud mental de la población y del sistema de prestación de servicios de Salud Mental en los EE. UU. La NFI se basa en el “Proyecto de Algoritmo de Medicación de Texas” (TMAP), cuyo fundamento son pautas estandarizadas de medicación para los trastornos psiquiátricos; la prescripción –con mínimas restricciones– de los nuevos medicamentos psicotropos, especialmente los nuevos antipsicóticos atípicos.

La Comisión del Presidente encontró que “a pesar de su prevalencia, los trastornos mentales a menudo no se diagnostican” y recomendó un “examen de salud mental integral” para “ciudadanos de todas las edades”, incluidos los niños en edad preescolar: “cada año, muchos niños pequeños son expulsados de los centros preescolares y guarderías por conductas y trastornos emocionales severos”; las escuelas estarían en una “posición clave” para evaluar a los 52 millones de estudiantes y a los 6 millones de adultos que trabajan en ellas. No obstante, Daniel Fisher, uno de los comisionados, señaló –con buen criterio– que la evaluación generalizada en un momento en que la asistencia psiquiátrica está orientada hacia el modelo biomédico y los maestros quieren que los niños tengan buen comportamiento puede concluir en una mayor cantidad de niños que reciben una etiqueta diagnóstica y un medicamento, así como que la salud mental sea utilizada como sustituto para atender las necesidades sociales, culturales y económicas de los niños.

Los resultados de la NFI no son muy alentadores: en 1987 había 1 250 000 personas

“etiquetadas” e incapacitadas por una enfermedad mental en los EE. UU. (Whitaker), pero en 2007 ya eran 3.97 millones (7), a lo que habría que añadir las personas que sin estar incapacitadas, aunque sí “etiquetadas”, recibían tratamientos psiquiátricos. La espiral sigue y en la actualidad, según el CDC, aproximadamente uno de cada cinco estadounidenses padece un trastorno mental (unos 65 millones) y uno de cada cinco menores (entre los 3 y los 17 años) ha sufrido o sufre algún tipo de trastorno mental. No obstante, esta constatación es en sí misma delicada pues da por sentado uno de los argumentos –ciertamente poco científico– que circula actualmente: enfermedad mental es lo tratado con psicofármacos y enfermo mental es el sujeto al que se le prescriben, argumento que se valida con el sobrediagnóstico que propicia el DSM: en 2011, sólo en los EE. UU., más de 14 000 millones de dólares de beneficios con los nuevos antipsicóticos (7).

Mal asunto, el fenómeno es global (colonización de la psiquiatría americana). Ya hace unos cuantos años, Éric Laurent se sorprendió al ver una valla publicitaria de Seroxat en un barrio de chabolas de Lima; en España se ha triplicado la venta de antidepresivos en el período 2000–2013 según la Agencia Española de Medicamentos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad); algo parecido ha ocurrido con el resto de fármacos psicotropos. ¿Puede ser real esta pandemia?

La asistencia y la prevención de la NFI tampoco ha resultado útil en la prevención de episodios violentos, tomando como más significativos los tiroteos masivos en las

escuelas: 265 en la década 1990-99, 353 en la década 2000-09, 425 en 2010–noviembre de 2019 (Center of Homeland Defense and Security), los tiroteos masivos en la sociedad: 22 en 2009, 15 en 2010, 24 en 2011, 18 en 2012, 24 en 2013, 15 en 2014, 21 en 2015, 18 en 2016, 18 en 2017, 19 en 2018 (Everytown Research) y los suicidios, que aumentaron un 25% de 1999 a 2016.

En España, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica en el año 2012 la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (8) y desde 2014 se han elaborado Planes y Programas de prevención del suicidio en algunas Comunidades Autónomas o se han actualizado en otras que ya existían: en mi conocimiento el primero fue el de Castilla y León, 1994, y el último el de Euskadi, abril de 2019. En marzo de 2018 se implantó en Asturias el Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio del SESPA (9).

Los Planes y Programas de las Comunidades Autónomas, así como el Protocolo del SESPA, remiten a la Guía del Ministerio, basada esta en una Guía anterior del año 2011. La Guía del Ministerio de 2012 anunciaba una actualización a los 3 años (año 2015). Como no tuvo lugar dicha actualización, en 2018 recoge en su portada: “Nota: han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización. Las recomendaciones que contiene han de ser consideradas con precaución teniendo en cuenta que está pendiente evaluar su vigencia”. Y cada página aparece con la marca de agua: “Han transcurrido más de 5 años

desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización”.

No se trata de un prurito por estar a la última: si bien existían trabajos anteriores a la publicación de la Guía del Ministerio que cuestionaban la prevención sanitaria (la Guía incluye otros sectores además del sanitario) del suicidio –incluida la predicción: valoración del riesgo de suicidio– que se postula en dicha Guía –Pokorny, 1983, (10); Goldstein, 1991, (11)–, existen trabajos posteriores más concluyentes y críticos de dicha prevención sanitaria –Carrol, 2014, (12); Chan, 2016, (13); Mulder, 2016, (14)–. Sin embargo, los Planes y los Programas de prevención del suicidio de las Comunidades Autónomas y el Protocolo del SESPA continúan basándose y remitiendo a la Guía del Ministerio del año 2012, y mantienen el mismo enfoque.

Los expertos actuales han declarado el suicidio, todos los suicidios, como problema en los términos que ellos definen –problema epidémico de Salud Pública causado por trastornos mentales– y han declarado que son ellos los que saben del suicidio y de la asistencia al paciente suicida, y que son ellos los que saben cómo prevenirlo. Y la autoridad sanitaria lo acepta, lo avala y lo ordena. Sin embargo, la actual alianza de la Administración sanitaria y la Psiquiatría (biomédica) y la Psicología, plasmada en programas y protocolos (suicidio, psicosis, trastornos generalizados del desarrollo, sujetos con riesgo de violencia, etc.) puede asentar en un espejismo; en particular en el tema que nos ocupa:

1) Parece ser que hasta el 86% de los sujetos que hacen suicidio consumado estarían

catalogados de “bajo riesgo” suicida en las evaluaciones de “riesgo de suicidio” de los trabajos de investigación, algunos exhaustivamente “objetivos” con entrevistas estructuradas y múltiples escalas (13-14).

2) Sadock, 2012, sostiene que hay suicidios inevitables –el escritor Hemingway ilustraría el paradigma de cómo una combinación de factores de riesgo llevan al suicidio– y defiende que los psiquiatras tienen que tener una visión más realista de su trabajo y, al igual que otros médicos, deben aceptar que algunos trastornos psiquiátricos se asocian con una mayor o menor tasa de mortalidad; según él, esto ayudaría a disminuir la sensación de fracaso que sienten muchos profesionales ante el suicidio de un paciente y permitiría mejorar la asistencia de los pacientes suicidas (15).

Al igual que los psiquiatras, los gestores sanitarios y la sociedad participan de esa visión poco realista de la Psiquiatría, visión sumida además en la contradicción: la Psiquiatría no vale para mucho –es la hermana pobre de la Medicina– y sin embargo se le pide todo.

3) Mulder, 2016, defiende que quizá es momento de reconocer que los eventos raros como el suicidio, sin importar que sean trágicos para todos los involucrados ni cuánto se quiera prevenirlos, son imposibles de predecir con un grado de precisión clínicamente significativo; la combinación de la “predicción de riesgo” y la “evaluación del riesgo” suicida confunde el pensamiento clínico, no es útil y tiene el potencial de dañar a los pacientes, a los médicos (cultura de culpa) y a las organizaciones en las

que trabajan: la focalización de los recursos de asistencia sanitaria en pacientes de “alto riesgo” suicida (en su mayoría falsos positivos) puede perjudicarlos directamente (iatrogenia por tratamientos innecesarios, incluso forzosos) e igualmente puede conllevar una mala asignación de recursos (14), con una asistencia intensiva a pacientes que no lo necesitan en detrimento de pacientes más graves, incluidos pacientes que en la “evaluación del riesgo” suicida resultan falsos negativos (Ley de cuidados inversos de Julian Tudor Hart, 1971). Al igual que otros autores, desaconseja la utilización de escalas para la evaluación del “riesgo suicida”: “ninguna escala es útil para el uso clínico de rutina” (16).

La realidad es que la capacidad de predicción de la Psiquiatría y la Psicología del futuro suicidio consumado de un “paciente concreto” –incluidos pacientes psiquiátricos de “alto riesgo”– centrada en los “riesgos” y la “evaluación de los riesgos” es próxima al azar.

Igualmente, la asistencia programada y protocolizada, así como los trabajos de investigación, exigen que el paciente se ajuste al protocolo (en lenguaje técnico: “criterios de inclusión” y “criterios de exclusión”) cuando la Salud Mental defendió durante años que son las estructuras asistenciales y la asistencia las que tienen que adaptarse al paciente (real). Entonces parecía una buena práctica, pero ya desde hace años la Salud Mental ha adoptado el modelo burocrático de asistencia: impersonal, rígido, exceso de reglamentos y rutinas, jerarquía de poder, programas y protocolos, gestión y manejo de caso (paciente), datos y más datos, etc.

Aunque sin el carácter abusivo de los Programas “asistenciales” de los EE. UU. que, además de pingües beneficios privados, realizan control social y gestión de población, los Programas de prevención de suicidio en algún aspecto resuenan a eso: cribados de población y “detección precoz” (fomentar la venta de psicofármacos, incluida la anunciada esketamina) y gestión de población (definir espacios, definir y “acortar tiempos”, algoritmos, monitorizar pacientes, “psicoeducar”, etc.). Aún sin llegar a los efectos (perversos) de la “detección”, la “asistencia” y la “prevención” norteamericanas, existen efectos adversos con estas prácticas. En el caso del suicidio, entre otros efectos “adversos” está el “riesgo de la evaluación de los riesgos” debido a la referida escasa fiabilidad de la valoración del “riesgo suicida”: tratamientos innecesarios (falsos positivos), tratamientos insuficientes (falsos negativos), etiqueta diagnóstica (Marca “Riesgo Suicidio” –indeleble–, en la Historia electrónica), etc. Cabe preguntarse si la prevención del suicidio con los Programas sanitarios de prevención puede causar “perjuicio” a la población (Prevención cuaternaria).

De todas maneras, se quiera o no, sancionados por la autoridad sanitaria, los Programas de prevención del suicidio y el Protocolo del SESPA “revelan” una mala asistencia del paciente suicida, incluida la perezosa o negligente atención de los profesionales. Esa debe ser la razón para que se ordene una frecuencia de asistencia (seguimiento intensivo BIC que recomienda el estudio multicéntrico SUPRE-MISS, OMS); pero ¿qué fundamento clínico tiene ajustar la asistencia de todos y cada uno de los pacientes con

ideación suicida o tras tentativa de suicidio a una frecuencia de consultas predeterminada?

Sin embargo, no creo exagerar al afirmar que el riesgo de suicidio y el suicidio de un paciente son de las mayores preocupaciones de los profesionales (asistenciales). Y sorprende la simplificación de muchos trabajos de investigación sobre el suicidio, simplificación que en algunos casos llega a la banalización: trabajos sobre si es más preventivo contactar con el suicida por SMS o por teléfono o por correo electrónico; “gestión telefónica” de tentativas de suicidio; páginas web para “prevenir” el suicidio; el Hospital 12 de Octubre prueba una “app” para “prevenir el suicidio en pacientes psicóticos”; etc. Incluso puede parecer una broma cruel para un paciente abocado al suicidio: la Fundación Salud Mental España para la “prevención de los trastornos mentales y el suicidio” ha desarrollado “Prevensuic”, “la primera app en castellano para la prevención del suicidio”: “es una herramienta de detección de riesgo de suicidio y abordaje de la conducta suicida”. Según esto, la persona suicida es ignorante de su deseo de morir y/o de matarse; el sujeto desaparece para ser un mero operador que mete datos y lee pantallas que le dirán si es o no es suicida. La “app” es distribuida gratuitamente por la Farmacéutica Pfizer.

Las actuales estrategias preventivas del suicidio no reflejan la realidad del suicidio, especialmente la realidad del paciente decidido al suicidio consumado; recortan el suicidio a medida. Es por esto que cuando se alejan de una relativa modestia –al menos en apariencia: la Guía explícita que su propósito “es contribuir a reducir la variabilidad de

la práctica clínica”– para tomar un carácter normativo (Programas de prevención, Protocolo del SESPA) se corre el riesgo de “construir” una realidad del suicidio recortada a medida y luego autenticada por estadísticas y por la parafernalia burocrática (registros, evaluaciones, encuestas y escalas de satisfacción, etc.; datos y más datos: ciencia aditiva y acumulativa, obesa): si no disminuyen los suicidios, se demostrará que disminuyen las tentativas de suicidio; si no disminuyen las tentativas de suicidio, se demostrará que las recidivas se distancian en el tiempo; si tampoco, se demostrará que ha mejorado la detección del paciente suicida o que ha mejorado la actitud del médico general ante el suicida o que los pacientes suicidas se muestran satisfechos o muy satisfechos con la asistencia recibida, etc.

Los Programas sanitarios de prevención del suicidio –al igual que muchos trabajos de investigación que los fundamentan– parten del equívoco básico de fundir (y confundir) la ideación suicida, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado. El Protocolo del SESPA añade otro equívoco: sin mencionar la prevención del suicidio en su título –“detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio”– su planteamiento y su publicitación es que se trata de una “herramienta útil” para prevenir el suicidio. Nadie puede decir que no sirva para “detección y manejo de caso”, otra cosa es lo que detecte y cómo lo maneje.

Estos Programas sanitarios de prevención del suicidio, y el Protocolo del SESPA, comparten unas cuantas tesis supuestamente incuestionables: 1) El aumento del número de suicidios en los últimos años. El Protocolo

del SESPA recoge que no en Asturias. 2) La relación (más o menos exclusiva) del suicidio con el trastorno mental, relación que se resume en causalidad. 3) La unidad y homogeneidad de los fenómenos suicidas: las “conductas suicidas” (ideación suicida, equivalente suicida, tentativa de suicidio,... y suicidio consumado); y su progresión de la idea al acto suicida (Modelo de la Suicidología). 4) La bondad y eficacia de sus estrategias asistenciales y preventivas que determinan así la “buena práctica”: activismo en la detección, en la evaluación y en el tratamiento; “acortar tiempos”, derivación a Salud Mental, “contacto intensivo”, “monitorización del paciente y seguimiento activo” e “intensivo”, etc.; pronto la esketamina, y, algo “prometedor”, un nuevo algoritmo predice el 100% de los pacientes con depresión que van a responder al tratamiento con electroshock (CIBERSAM, Junio, 2019).

Partiendo de estas tesis, se diseñan, justifican y ordenan –y publicitan– las actuales estrategias sanitarias de prevención del suicidio: la verdad de la verdad es su fuerza para imponerse como verdadera. Pero si las razones (la pretendida bondad y utilidad de estos Programas y del Protocolo) pueden intentar convencer y si la amenaza (sanción administrativa, incluso judicial) puede hacer inclinar la cabeza, el recurso bastardo a las razones para encubrir los esperados efectos de la amenaza ofende necesariamente al que está en el trabajo de cada día.

A pesar de todo, en el suicidio sería muy pertinente tener presente la sentencia de Sócrates, recogida por Platón: “Yo sólo sé

que no sé nada”. En el suicidio, la primera lección es, sin duda, la modestia: no sabemos. La segunda lección, de la mano de la primera, es sentido de la realidad: la muerte, al igual que en el resto de la Medicina, acompaña nuestro quehacer diario y no podemos. La tercera es que reducir el suicidio a un trastorno mental falsea la realidad: no se debe psiquiatrizar todo sufrimiento humano. No sabemos, no podemos, no debemos.

Se intentará justificar unas hipótesis:

1. No ha aumentado el número de suicidios. Parece que sí en Asturias

Es un lugar común que ha aumentado el número de suicidios en el mundo: “las tasas de suicidio, aunque varían considerablemente entre países, han aumentado aproximadamente en un 60% en los últi-

mos 50 años”. El Protocolo del SESPA (año 2018) recoge que según fuentes de la OMS, año 2012, “más de un millón de personas se suicidan cada año en todo el mundo” y se estima “un incremento, en torno a 1.5 millones, para el año 2020”.

La realidad es que el número de suicidios en el mundo ha ido disminuyendo desde el pico máximo de 1994 hasta algo menos de 800 000 suicidios en 2017 (en los EE. UU. ha aumentado). La reducción es mayor considerando las tasas por 100 000 personas ya que la población mundial ha pasado de 5629 millones de habitantes en 1994 a 7511 millones en 2017 (datos del Banco Mundial). En España las tasas permanecen bastante estables. En Asturias se observa un aumento, no sé si significativo. Ver figuras 1 y 2.



Fig.1. España. Suicidios, ambos sexos, todas las edades, por 100 000 habitantes. 2005-2018. INE.

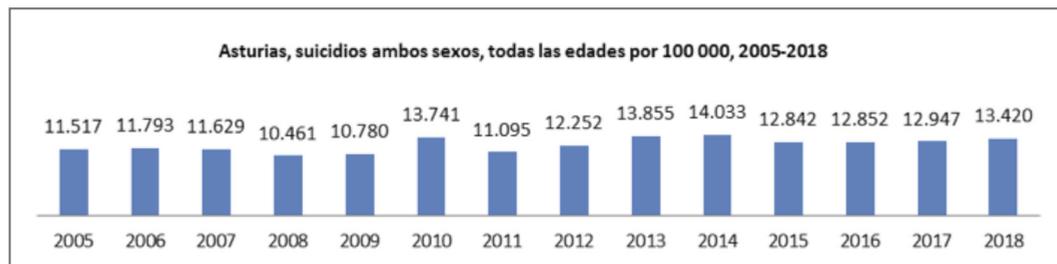


Fig. 2. Asturias. Suicidios 2005-2018, ambos sexos, todas las edades, por 100 000 habitantes. INE.

En Asturias se hace hincapié en las elevadas tasas de suicidio juvenil (15 a 29 años) en relación con las tasas de España. Ciertamente son más altas, pero es de difícil interpretación ya que si en el año 2000 la tasa de suicidio juvenil en Asturias fue 1.79 veces la de España y si en 2005, 2006, 2007, 2011, 2013, 2014, 2015 y 2017 fue más alta que la de España, en 2008, 2009, 2010, 2012 y 2016 fue más baja, y en 2018 fue sólo 1.10 veces la de España. Véase figura 3. Las explicaciones de algunos profesionales

–podría decirse que apresuradas– sobre las causas del suicidio juvenil en Asturias que se fueron desgranando en los medios de comunicación –“consumo de drogas”, “falta de Protocolo”, “problemas y retrasos en la asistencia”, “tratamiento (farmacológico) insuficiente”, necesidad de “estrategias cerebrosaludables” (esto no sé qué pueda ser), etc.– deberían poder dar cuenta de esas variaciones, pues no parece que de un año a otro puedan cambiar tanto las causas apuntadas.

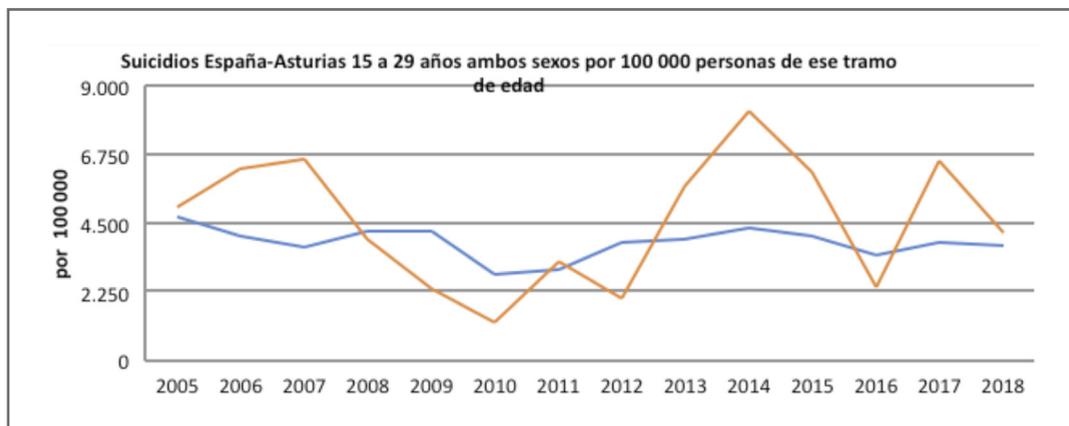


Fig. 3. Suicidios España-Asturias, 15-29 años, ambos sexos por 100.000 de ese tramo de edad. INE.

2. La relación entre suicidio y trastorno Mental no es causalidad lineal.

Los Programas de prevención y el Protocolo del SESPA recogen que “los trastornos mentales son un importante factor de riesgo de suicidio”, y que “factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales intervienen” en el suicidio.

Es muy posible –incluso es muy probable– que factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales intervengan en todas las conductas, al igual que en las emociones, cogniciones, deseos,... Pero no sólo “intervienen”: en el ser humano lo biológico, lo psicológico y lo social son indisociables, tanto en la concepción y el nacimiento (el inicio de la vida se

encarrila en el deseo de los padres y en un marco socio-cultural determinado) y en el discurrir de la vida (heridas psicológicas consecuencia de defectos y enfermedades del cuerpo; enfermedades psicosomáticas; mayor prevalencia de enfermedades somáticas y mentales en personas desfavorecidas socialmente) así como en la muerte, sea muerte natural por descalabro de lo somático o por su agotamiento, sea muerte por suicidio, en la que esta indisociabilidad se manifiesta trágicamente: lo psíquico destruye lo somático.

Es preciso subrayar esta indisociabilidad, y la capacidad de lo psíquico y, a través suyo lo social, de modelar la realidad biológica: para la especie humana, la vida y la muerte no son sólo una realidad biológica, realidad biológica a la que se está inexorablemente sometido en el caso de la muerte; sucede que las historias que los seres humanos (especie parlante) (se) relatan sobre la muerte, individual o colectivamente, conscientes e inconscientes, expresadas o implícitas, influyen en la realidad biológica, la modelan, a veces adelantando su final (de forma traumática en el suicidio), a veces retrasándolo, a veces mejorando o empeorando la propia vida (17).

Partiendo de que no existe una causalidad única y lineal del suicidio, de forma esquemática se puede considerar:

Causalidad biológica: Mann, neurocientífico, (2006) afirma que “las investigaciones de diversos sistemas neurobiológicos han arrojado prome-

sas, aunque todavía no se ha hallado ningún factor biológico de predicción del suicidio ni de la tentativa” (18). A fecha de hoy, las promesas siguen siendo promesas y no existe ningún marcador biológico ni tratamiento específico del suicidio.

Causalidad sociológica: Parece cierto y está bien comprobado que la desigualdad económica y social están en estrecha relación con lo que se llama patología social (delincuencia, violencia, prostitución, toxicomanías, suicidios, etc.) y con la patología de la persona (somática y mental). Hoy se afirma que el mejor predictor de salud y esperanza de vida no es el código genético sino el código postal. Ya Durkheim mostró que el suicidio está relacionado –para él determinado– por ciertos hechos sociales; su mayor aportación es el concepto de “suicidio anómico”: la anomía como estado social es una falta de dirección e integración social con gran individualismo, características propias de las crisis sociales y de la sociedad actual. Hay dos fenómenos sociales bien relacionados con la anomía: el aumento de suicidios y el aumento de homicidios.

Estamos pues en la era de la anomía; también en la era de la desigualdad, la frustración, la inseguridad, la soledad y el aislamiento. En el sujeto así aislado, perdido y a la deriva –sin el soporte de las redes simbólicas necesarias para la vida humana: “los amarres del ser”, Lacan– se excava un vacío insostenible: “la psique es vaciada” y el sujeto se ve reducido a no ser más que un agente de

competición (productor/consumidor) en el mercado de bienes y servicios.

Cabe añadir que la Ciencia, en particular las ciencias “Psi”, contribuyen a esta deriva del sujeto y al servicio del capitalismo incrementan el poder y los efectos de este en la sociedad y en las personas⁵: a un “Yo” ya “sobrecalentado” y agotado se le imponen nuevas obligaciones incluida la de ser feliz; el ideal de sujeto es el individuo funcional, competitivo, autónomo, emprendedor, productor–consumidor, adaptable a todo, y feliz. Esta mercantilización del hombre y su psiquismo tiene un coste elevado: sufrimiento y anulación del sujeto; las epidemias de suicidio que han tenido lugar estos años en algunas macroempresas dan testimonio de ello: Foxconn (China), France Télécom, Toyota, etc.; cada 32 horas una persona se suicida en los Estados Unidos en su puesto de trabajo.

Sin embargo, a pesar de la aculturación, la anomía, etc., ha disminuido el número de suicidios en el mundo –no existe una causalidad lineal del suicidio– aunque ha variado su distribución: aumento del suicidio juvenil, especialmente en países con ingresos económicos medios

y bajos, aumento del suicidio de ancianos en países ricos, aumento del suicidio de trabajadores en países con ingresos económicos medios y altos, etc.

Causalidad psicológica: Freud escandalizó a la comunidad científica cuando afirmó, 1905, que el suicidio podría ocultar un asesinato cometido a espaldas del sujeto, sea el asesinato de alguien con el que el sujeto se habría identificado, sea el intento de matar alguna cosa extraña en sí mismo (entre su “Yo” y su “Ideal del Yo” bajo la mirada mortífera del “Yo-ideal”), alguna cosa de sobra que debe ser negada de una manera o de otra (vuelta de la agresividad contra sí). Posteriormente, Menninger distingue en el pensamiento de suicidio tres elementos, a menudo mezclados: el deseo de muerte (el suicida busca reposo en la muerte, la anulación de las tensiones, la satisfacción del deseo de dormir), el deseo de matar (uno no se mata sin haberse propuesto matar a otro: autoagresividad y heteroagresividad están imbricadas), el deseo de ser matado (el suicidio –y las automutilaciones, verdadero suicidio parcial– como un castigo que debe sufrirse; traduce el masoquismo y la culpa inconsciente y hace intervenir el sadismo del “SuperYo”: culpa melancólica, culpa neurótica, etc.) (19).

5 Hace un tiempo saltó la noticia de que la OMS ha aprobado la inclusión del “síndrome del quemado” (“burnout”) en la próxima Clasificación de Enfermedades, CIE-11 (aparecerá en 2022), Sección Trastornos Mentales como “síndrome de desgaste ocupacional”. Lo define como el síndrome producido “por un estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito”. Así dice; es cuestión de no saber manejarlo “con éxito”. Esto sintetiza la alianza ciencia-capitalismo: el hombre como mero agente de producción, competitivo y adaptable a todo, el hombre objetivado y mensurable, la psiquiatrización-psicologización de problemas laborales (y no laborales) y su “tratamiento” por un fármaco o una psicoterapia, etc. La Salud Mental como herramienta del poder político y económico.

Para el Psicoanálisis, la idea de suicidio no es en sí patológica –se da en sujetos normales– salvo que sea rígida y fija y/o muy invasiva; es el paso al acto –la tentativa de suicidio (por banal que sea) y el suicidio consumado– lo que sería patológico. Así se observa que en situaciones extremas de la vida en las que se expresan fantasmas suicidas en el sujeto, la solución suicidio puede ser contemplada sin pasar al acto, incluso puede preservar al sujeto del paso al acto.

A diferencia de la ideación suicida, en el acto suicida, y especialmente en el raptus suicida, se da una condición propiamente psicótica y delirante, es decir, apartada de la realidad; todo sucede como en un circuito cerrado: desaparece la relación con la realidad –toda relación de objeto desaparece sustituida por la relación con el objeto perdido internalizado– y el fantasma de muerte es la única realidad. De esta manera, cuando el enfermo mental grave –ya apartado de la realidad– se suicida es que está desbordado y no tiene más recursos a pesar de los mecanismos de defensa extremos en él habituales –autismo, negación de la realidad, proyección psicótica, no conciencia de enfermedad, etc.–. Así mismo, y al igual que los mecanismos de defensa extremos (psicóticos), algunas defensas contradepresivas clásicas –inhibición, obsesionalización, manía– guardan en cierta medida al depresivo del suicidio.

En esta perspectiva se puede entender que algunos suicidios sean la solución comprensible en pacientes muy graves

ante la llegada de un derrumbamiento psicológico –con hundimiento de sus mecanismos de defensa– que aterra al sujeto (cataclismo esquizofrénico por ejemplo): el suicidio sería el término lógico de su periplo interior. Igualmente, el hombre sin patología psiquiátrica en situaciones catastróficas, cuando se le agotan los recursos psicológicos normales –racionalización, obsesionalización, introyección depresiva, etc.– puede recurrir a mecanismos de defensa extremos, para él inusitados, como despersonalización, negación de la realidad, repliegue autista, proyección delirante,... y si resultan insuficientes llegar al suicidio. En ambas situaciones, situación vital catastrófica y suicidio de enfermos mentales graves, el suicidio parece comprensible una vez que se desbordan los mecanismos de defensa del sujeto.

De esta manera, la clásica oposición entre la poca frecuencia del suicidio en la población general y la elevada frecuencia en los enfermos mentales tiene explicación en la medida en que la alienación –la psicosis– por el desinvestimiento de la realidad que implica y que la condiciona, se muestra como una muerte parcial –muerte psíquica– respecto al mundo exterior, y el paso al acto, en el enfermo mental o en el hombre sin trastorno mental, no sucede más que cuando la alienación mental –última defensa contra un mundo exterior excesivamente angustioso– falta o se muestra insuficiente. Podría entonces considerarse que el hombre “normal” no se suicida y que el suicidio es siempre patológico.

Más adelante se dirá que ante un paciente en estas condiciones de gravedad –a diferencia de lo recomendado en la Guía y los Programas de prevención– no habría que mostrar “activismo” en la evaluación ni habría que enfocarse (en exceso) en tratar “activamente” el autismo, el delirio, la negación de la realidad, la inhibición grave, etc. Sería necesario ser cauto con el “activismo” recomendado y con los “tratamientos agresivos” por el riesgo de paso al acto suicida al privar al paciente de sus mecanismos de defensa; incluso, algún autor dice que hay que reforzar estos mecanismos de defensa extremos –quizá sólo sostenerlos– que aunque representan un verdadero suicidio psíquico –el ser humano puede perder el “Yo” de dos modos, en la locura y en la muerte; de la primera hay posibilidades de retorno pero no así de la segunda– pueden preservar al sujeto de un paso al acto, sea heteroagresivo o suicida.

Teniendo en cuenta lo anterior, y confirmando la perspectiva psicoanalítica, no habría que olvidar que la mejor defensa del sujeto contra el suicidio no es una evaluación psicológica–psiquiátrica exhaustiva y precisa (incluso con múltiples y acreditadas escalas), ni un fármaco. La mejor defensa contra el suicidio consiste en el mantenimiento de una relación con un objeto exterior –objeto exterior que en nuestro trabajo correspondería a un profesional– lo cual constituye un vector y un organizador de las pulsiones. En tanto esta relación exista, un intercambio y una relación terapéutica son posibles: para toda persona que tiene ideas de suicidio en una situación angustiosa, el

paso al acto no sucede si se mantiene una relación narcísica –un lazo humano que sostenga su narcisismo–, es decir, si permanece o parece aún posible la posibilidad de investirse afectivamente en objetos concretos o imaginarios de la realidad: investimento de un amigo, una enfermera, un médico de Atención Primaria, un psicólogo,..., un proyecto (planes de futuro). Cuando esta relación está bloqueada, sea por hostilidad del medio (incluido el medio asistencial: derivación proyectiva, ridiculizar una tentativa de suicidio banal, etc.), sea por desinvestimiento progresivo de la realidad (esquizofrenia grave, melancolía grave, etc.) el sujeto puede pasar al acto suicida. Así, por el suicidio el hombre se permite saciar, vuelta contra sí mismo y al precio de su propia destrucción, su intensa hostilidad frente al mundo exterior: el suicida siempre se suicida contra otro u otros.

Edwin S. Shneidman (Suicidología) teoriza que el suicidio implica una lógica torturada y tunelizada –una historia que el sujeto se cuenta a sí mismo que hace que la muerte pueda parecer necesaria– en un estado de emoción intolerable sentida interiormente (dolor psicológico). Esos dos aspectos de la experiencia consciente –la emoción intolerable y el debate interior sobre el acto (ambivalencia)– están presentes en el suicida, y analizar esto supone examinar la visión única y subjetiva que la persona tiene de “su” suicidio. Shneidman contradice la concepción psiquiátrica que asocia suicidio y enfermedad mental; considera que, más que la enfermedad mental, es

el dolor psicológico (“psychache”) el común denominador de la conducta suicida.

Desde lo psico(pato)lógico, el suicidio, podría entenderse así: en nuestra sociedad y en nuestra cultura de éxito y con el único valor del dinero, el suicida –personalidad de narcisismo frágil: ante una pérdida, humillación, fracaso, etc., un sujeto con un narcisismo bien templado (maduro) se afecta más o menos pero no se hunde en la desesperación; para una persona con un narcisismo frágil puede suponer el fin, su fin– tiene una imagen de sí – imagen asentada en sus primeros apegos (Bowlby) y que se va luego construyendo en sus relaciones con los otros según su estilo de apego adulto⁶– como persona fracasada, y percibe una brecha dolorosa entre la pobre percepción de sí mismo y lo que imaginaba debería ser o haber sido (ideal alimentado por los ideales sociales).

Desde lo psiquiátrico el suicidio sería síntoma de una enfermedad mental. Entre el extremo psico(pato)lógico y el extremo psiquiátrico se inscribirían los suicidios y las tentativas de suicidio: desde la crisis psicosocial sin enfermedad mental previa al raptus suicida pasando por la “suicidosis” (multirrecidivas de tentativa suicidio) del Trastorno límite de la personalidad. Sorprende que la ciencia actual quiera construir una ciencia “ateórica” del suicidio con listados y

cuantificaciones de “factores de riesgo” sin tener en cuenta la Psico(pato)logía.

La actual asociación del suicidio consumado con el trastorno mental se basa en estudios de seguimiento de pacientes psiquiátricos, y en estudios de “autopsia psicológica” que se considera el mejor método de investigación del suicidio consumado –el 90% de las personas que mueren por suicidio tiene un trastorno mental diagnosticable (22)–, por más que su esquema general –el pasado causa el presente– sea cuestionable pues en el ser humano lo pasado no causa lo presente: en la evolución psicológica del sujeto el pasado promueve el presente y lo hace posible; en la historia del sujeto, es el presente lo que da sentido al pasado (“après-coup” –acción retardada–, Freud) y lo hace inteligible (Foucault, 23). Esto se ignora en la autopsia psicológica que opera según una lógica de causalidad lineal: de los antecedentes al acto fatal. Además, lo psicopatológico no puede reducirse a un modelo de causalidad única, lineal y directa, ya sea causa orgánica, psicológica o social: una causa (trastorno mental, ruptura de pareja,...) → un efecto (suicidio).

Se considera que el trastorno mental es un Factor Primario de riesgo de suicidio, pero hay que señalar tres consideraciones importantes sobre los factores de riesgo de suicidio: **1) Correlación:** un factor de riesgo está en una relación de correlación

6 Está comprobado que en el adulto el estilo de apego inseguro (apego ansioso y apego desorganizado o temeroso/ansioso) –frecuente en el Trastorno límite de la personalidad– está relacionado con el suicidio, así como que el estilo de apego seguro y evitativo parecen proteger del suicidio (20-21).

con la ocurrencia de un fenómeno y concierne a una población; por lo tanto, no está situado en el nivel de la causalidad individual. **2) Multifactorial:** casi todos los autores atribuyen los fenómenos suicidas en general, y la crisis suicida en particular, a un modelo multifactorial que involucra factores socioculturales, ambientales y psicopatológicos. Entre los diferentes factores epidemiológicamente relacionados con el suicidio se distinguen: los factores predisponentes o de riesgo o de vulnerabilidad o diátesis; los factores precipitantes; y los factores protectores. **3) Interacción:** los factores interactúan entre sí; por lo tanto, no se trata de un modelo aditivo que mide el riesgo final basado en una suma de los diversos factores de riesgo, sino que se trata de un modelo integrador en el que el impacto de cada uno de los factores depende, además de elementos psicológicos y psicopatológicos del sujeto, de la presencia o la ausencia de otros factores.

Por tanto, “un importante factor de riesgo de suicidio” no es una causa, sea el trastorno mental o cualquier otro. Y por tanto, la relación del suicidio y de la tentativa de suicidio con el trastorno mental no es una causalidad lineal y directa, ni es exclusiva, ni siempre es fundamental; ni siquiera la depresión melancólica –paradigma de trastorno mental suicidógeno– determina de forma universal, necesaria y cierta el acto suicida. Esto no significa que no haya relación de la ideación suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados con un diagnóstico psiquiátrico, ni contradice que la enfermedad mental puede hacer, y

hace, a la persona más vulnerable y con más riesgo de suicidio; es la causalidad única y lineal lo que se cuestiona.

Ciertamente, desde la clínica se puede decir que el fenómeno del suicidio constituye un núcleo de la patología mental –la gran mayoría de las afecciones mentales conllevan un riesgo suicida– y que el suicidio es síntoma frecuente en ciertas afecciones psiquiátricas severas como la depresión grave, especialmente melancólica, el Trastorno límite de la personalidad y la esquizofrenia.

La ideación suicida y la tentativa de suicidio constituyen pues un elemento de diagnóstico y un pronóstico de gravedad. No obstante, aunque los pacientes psiquiátricos –y en concreto los trastornos del ánimo– presentan claramente mayor riesgo de suicidio consumado que la población general, la mayoría de los sujetos con trastorno psiquiátrico nunca presentan actos suicidas; incluso los grupos de alto riesgo como la Depresión mayor uni y bipolar tienen una tasa de conductas suicidas a lo largo de su vida sustancialmente inferior al 50%; la excepción puede ser la Depresión mayor y el alcoholismo comórbido (24) y el Trastorno límite de la personalidad. Un hecho relevante y contrastado es el suicidio en poblaciones psiquiátricas tras el Alta de un ingreso psiquiátrico en el hospital.

No obstante, frente a la consideración de las conductas suicidas como consecuencia de –o asociadas a– un trastorno mental, muchos estudios relativos a la

existencia de elementos psicopatológicos asociados a un acto suicida ponen en evidencia la existencia de una proporción no pequeña de sujetos, especialmente adolescentes y jóvenes, que se sitúan fuera de la nosografía psiquiátrica; particularmente en los adolescentes las condiciones del entorno sobrepasan en importancia a los factores patológicos personales: más del 60% de los adolescentes suicidas se encuentran, sobre todo, ante una acumulación de dificultades familiares y sociales y la existencia de situaciones conflictivas con su medio.

Así pues, el trastorno mental solo no es una explicación suficiente para la conducta suicida (18). Por lo demás, se puede aceptar que el suicidio es casi siempre fruto de enfermedad mental, previa o actual, al menos el último instante del paso al acto, pero este postulado teórico no debería continuarse por el camino causalista biomédico (reduccionista) del trastorno mental.

La estrecha asociación que hoy se hace del suicidio, la tentativa de suicidio y la ideación suicida con el trastorno mental no siempre es inocente y nunca es intrascendente: concluye en causalidad por trastorno mental no tratado o mal tratado, habitualmente farmacológicamente; según Isometsä, menos de 1 de cada 6 pacientes que tenían Depresión mayor y cometieron suicidio recibía el “tratamiento farmacológico anti-depresivo adecuado” (25); el 83% no recibiría el “tratamiento farmacológico anti-depresivo adecuado” opinión muy generalizada en la Psiquiatría biomédica.

Pero ¿cuál es el tratamiento farmacológico adecuado? La pregunta no es intrascendente porque en los ensayos clínicos randomizados (ECA) de los modernos antidepresivos se descartaron hasta el 90% de lo que sería una muestra ordinaria de los pacientes tratados ambulatoriamente (pacientes reales) (26-27). Y en análisis independientes de los resultados publicados del STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression), estudio realizado sobre el uso de antidepresivos en la práctica real, se encontró que sólo algo más de la mitad de los pacientes con cualquier tipo de depresión tiene una buena respuesta a los antidepresivos y que aún son menos los pacientes en los que se consigue una remisión completa (28); según Pigott, tomadas en conjunto todas las desviaciones del STAR*D se pasaría de una “tasa de éxito teórico” del 67% a un 38% de remisiones reales (29). Más recientemente, se estima que la eficacia de los antidepresivos en la Depresión severa no es mayor del 60% (30); en depresiones menos severas es cercana a placebo. Y, –desviándose un poco del postulado neuroquímico– se dice que, en parte, la eficacia de los nuevos antidepresivos depende del entorno del paciente, lo que explicaría por qué los antidepresivos no terminan de funcionar en el 30-50% de las personas con depresión. Los médicos de no hace tantos años –con una psicología más fina– hablaban de “terreno” (realidad biológica y realidad psicológica del paciente).

Por otra parte, ya se hizo mención de los sesgos de las series estadísticas y de

los trabajos estadísticos que estudian y determinan las causas del suicidio y de las tentativas de suicidio; particularmente habría que reseñar:

1) La inflación diagnóstica que el DSM permite y promueve: el estudio de Copeland, 2011, reflejó que a los 21 años, el 80% de la población estudiada cumpliría criterios DSM-IV de algún trastorno mental (31). Y es bien cierto que con el DSM-5 en la mano se puede diagnosticar de uno o varios trastornos mentales a casi –o sin casi– cualquier persona.

2) Los estudios de suicidio consumado mediante autopsia psicológica están sujetos a sesgos producidos por la recogida retrospectiva de los datos, por el condicionamiento de la información ofrecida por los familiares, por la necesidad de una explicación al suicidio,... y por la tendencia a atribuir trastornos mentales a las personas que se suicidan (explicación “socialmente aceptable”): Colt recoge un estudio de Harvard en el que unos clínicos analizaron los historiales de personas que se habían suicidado; posteriormente, otros clínicos examinaron los mismos historiales pero suprimiendo del historial que el paciente se había suicidado; en este segundo grupo, tras examinar los historiales médicos, la estimación más alta de enfermedad mental fue del 22%, mientras que en el primer grupo fue del 90% (32): el presente da sentido al pasado y lo hace inteligible.

3) Igualmente es preciso señalar que los trabajos sobre recidiva de la tentativa de

suicidio y prevención de la recidiva tienen sesgos debido a: 1– Los estudios son llevados a cabo casi exclusivamente por equipos psiquiátricos o de Urgencias y el dispositivo asistencial de seguimiento no se contempla en su conjunto. 2– La gran cantidad de personas perdidas durante el seguimiento (lo que en parte se deriva del sesgo metodológico anterior) y que conlleva una probable subestimación del número de recidivas de tentativa y de muertes por suicidio consumado (y una sobre–estimación de resultados positivos en los trabajos de investigación sobre prevención). 3– El riesgo de confusión en los estudios entre los pacientes perdidos y la ausencia real de cualquier seguimiento. 4– La poca precisión sobre la naturaleza de los tratamientos propuestos en el trabajo de investigación (marco institucional, consultas, medicamentos, psicoterapia,...) y la poca precisión del tratamiento con el que se compara el tratamiento propuesto (se suele denominar tratamiento estándar o convencional, pero ¿cuál es el tratamiento estándar o convencional?). 5– La dificultad para demostrar, desde un punto de vista epidemiológico, los efectos positivos sobre el riesgo de suicidio de los tratamientos ensayados; primero porque no es posible controlar todas las variables (en Psiquiatría la causalidad lineal no existe), y segundo porque los pacientes con mayor probabilidad de seguir la orientación terapéutica propuesta también son los que tienen mayor riesgo de recidiva de tentativa o de suicidio consumado⁷.

7 No he encontrado ningún análisis referido a ese punto 5: ¿se trata de que son los pacientes más graves?, ¿es un efecto de iatrogenia?, ¿cuestiona el activismo en el seguimiento?

3. Es cuestionable la homogeneidad de las “conductas suicidas” y el continuum autodestructivo.

Desde la clínica, no es posible unificar y homogeneizar los suicidios consumados, ni las tentativas de suicidio, ni la ideación suicida, ni la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, etc.; la ciencia psiquiátrica (y la ciencia psicológica) para ser legítima debería diferenciar un suicidio consumado de otro, una tentativa de suicidio de un suicidio consumado, una tentativa de otra.

Existen tres modelos teóricos para explicar el suicidio: el modelo categorial (psicopatológico-psiquiátrico) y los modelos “dinámicos”, actualmente más vigentes: el modelo de la Suicidología (psicológico) y el modelo psiquiátrico de diátesis–estrés. Esto es la teoría, en la práctica hay más “dinamismo” en la concepción categorial que en algunas implementaciones de los modelos dinámicos, que aunque remiten a la teoría de la Guía del Ministerio (Suicidología), en la práctica se decantan decididamente hacia el trastorno mental. Véase figura 4.

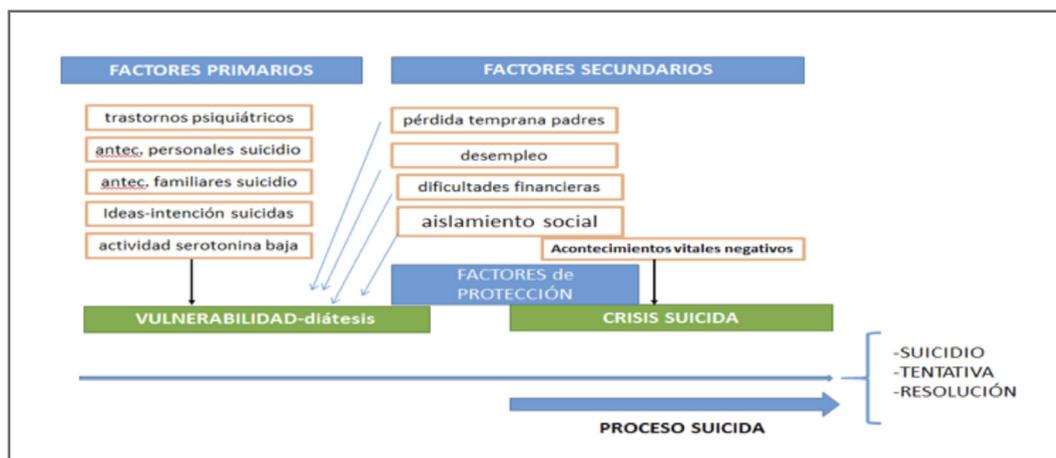


Fig. 4. Modelo de diátesis-estrés y modelo de la Suicidología.

En el modelo de diátesis-estrés y en el modelo de la Suicidología las conductas suicidas responden a un modelo multifactorial de interacción que involucra factores socioculturales, ambientales y psicopatológicos que interactúan entre sí (modelos dinámicos). En estos modelos, las “conductas suicidas” abarcarían un espectro de conductas que incluye

la ideación suicida, la tentativa suicida (de varios grados de intencionalidad y letalidad) y el suicidio consumado; la Suicidología también incluye los equivalentes suicidas.

La Guía del Ministerio (modelo de la Suicidología) recoge: “En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente

naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la gradación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio consumado).” ¿Ese “continuum” es cierto?; ¿en todos los casos?

El continuum autodestructivo que declara esta definición permite a los autores unificar los diferentes fenómenos suicidas en las “conductas suicidas”. Cabe preguntar si clínicamente es rigurosa esta concepción del suicidio que engloba en las “conductas suicidas” fenómenos bien distintos como la ideación suicida y el plan suicida, la intencionalidad de muerte, el gesto suicida, las tentativas de suicidio de diferentes grados de letalidad y el parasuicidio, el suicidio consumado, los equivalentes suicidas, la lesión autoinfligida, la suicidosis, etc. ¿Cómo entender la unificación de estos fenómenos? Aún más: ¿son iguales entre sí, uniformes y unificables, todos los suicidios consumados, todas las tentativas de suicidio, todos los equivalentes suicidas, etc.?

La realidad (la real de cada día, no la de ensayos e investigaciones) enseña que no son iguales entre sí los suicidios consumados, ni las tentativas de suicidio: ¿No hay diferencia entre la autoagresión nacida de una herida narcisista, la nacida directamente de la pulsión de muerte melancólica, la nacida del cataclismo esquizofrénico, la que surge como reacción defensiva en un delirio o la que surge de la culpa en una neurrosis, la nacida de la experiencia de una

vida invivible? ¿No hay diferencia entre el hermetismo del suicidio psicótico, la desesperación de la persona desahuciada, la reivindicación agresiva del paciente con Trastorno límite de la personalidad? Y tras una tentativa de suicidio, ¿no hay diferencia entre el que niega haber querido morir, el que no lo da importancia, el que no puede hablar de lo sucedido? ¿Es lo mismo no querer vivir, querer morir y querer matarse? ¿Hay equivalencia entre el deseo de suicidio y la muerte? ¿Hay unidad –y uniformidad– en las conductas suicidas?, y, como se postula en la actualidad, ¿es cierta la progresión de la ideación suicida y la tentativa de suicidio al suicidio consumado?, ¿siempre?

Si bien en último término el suicidio es uno –quitarse la vida, quitarse del mundo– y si las razones para el suicidio se pueden resumir en el dolor físico y/o moral, desde el punto de vista clínico todos los fenómenos suicidas son difícilmente asimilables en uno y mismo fenómeno: no son iguales las “conductas suicidas”. No obstante, hay que reconocer que todos los fenómenos suicidas tienen un fondo común –autoagresión entreverada de heteroagresión–, pero un fondo común que es necesario anclar en lo psicológico y si es el caso en lo psicopatológico; no se puede colgar de la epidemiología y la estadística.

Son especialmente los autores clásicos los que sostienen una diferencia radical entre las diferentes conductas suicidas, de forma paradigmática entre la tentativa de suicidio y el suicidio consumado. Para ellos, la tentativa de suicidio no puede

ser reducida a un suicidio fallido porque la intencionalidad del acto no es la misma en los dos casos: en el suicidio la intención es ante todo la autodestrucción definitiva, la aniquilación del Yo, aunque siempre contiene un mensaje; en la tentativa de suicidio, más que la autodestrucción, lo fundamental es el mensaje y la heteroagresión. Además de por su significación (función de llamada y mensaje en la tentativa, función de autodestrucción en el suicidio consumado) la tentativa se diferencia del suicidio consumado por la edad (más frecuente jóvenes), el sexo (más frecuente mujeres), el método empleado (en nuestro medio el 91% son autointoxicaciones medicamentosas). También la psico(pato)logía del sujeto difiere según se trate de suicidio consumado o de tentativa de suicidio.

4. Es cuestionable la bondad y eficacia de los Programas de prevención del suicidio en el ámbito sanitario.

Los Programas sanitarios de prevención.

Los Programas de prevención del suicidio y el Protocolo del SESPA parten del sujeto con ideación suicida o que ha hecho tentativa de suicidio.

1) Los autores señalan que el mejor factor predictor de riesgo de futuro suicidio consumado en población general –y a veces el único– es la existencia de tentativa de suicidio previa (33). Otros, sin embargo, advierten de la limitada sensibilidad de la tentativa de suicidio previa como predictor de suicidio consumado –a pesar de que sea el

factor predictivo más significativo– porque una proporción importante de los suicidios consumados se realizan al primer intento, especialmente entre los hombres –62% en hombres vs 38% en mujeres– y porque los sujetos que con antecedentes de tentativa hacen suicidio consumado, a lo largo de la vida, son un 14% (el 86% no mueren por suicidio). Además, en ese 14% la decisión de suicidio parece inquebrantable: el 82% de los que consumaron suicidio tras una tentativa de suicidio habían cambiado el método empleado en la tentativa previa por otro más letal (34). El antecedente de tentativa previa de suicidio sería un factor predictivo más fuerte en la Melancolía y en los pacientes con Trastorno Límite de la personalidad.

2) La ideación suicida, hay que recordar, no es en sí patológica. También hay que señalar que la evaluación de la ideación suicida no puede reducirse a un simple y banal ítem en una o varias escalas de “evaluación del riesgo” suicida. Incluir la ideación suicida como entrada en los Programas de prevención del suicidio puede parecer un argumento débil (además de posible iatrogenia), dada la escasa especificidad de la ideación suicida como elemento diagnóstico aislado: las ideas de suicidio no son infrecuentes en el sujeto normal en algún momento de su vida y tienen un valor afectivo y ético, un significado existencial: la idea de suicidio no es sólo una “mala idea”. Además, conviene subrayar el carácter ambivalente de las ideas de suicidio, que pueden paradójicamente tener un efecto de protección frente al paso al acto: “Yo

sólo sigo viviendo porque está en mi poder morir cuando me parezca: sin la idea de suicidio me hubiera matado hace mucho tiempo” (Cioran). Si esto no se tiene en cuenta en la evaluación de las ideas suicidas, el profesional puede adoptar una actitud (contra-actitud) rígida (defensiva) y puede pretender “tratar” las ideas suicidas ignorando la función que estas ideas pueden tener para el sujeto, bien como protección del paso al acto, bien como forma de reflexionar sobre la existencia y sobre la muerte (frecuente en adolescentes).

La ideación suicida –no menos que la intencionalidad suicida, el deseo de muerte, etc.– es imposible de “objetivar”, y al hacerlo se la desvirtúa y cabe todo: La ideación suicida puede variar en severidad en función de la concreción de los planes de suicidio y de la voluntad de llevarlos a cabo; así, la ideación suicida puede expresarse como pensamientos momentáneos respecto a la falta de sentido de la vida (no sé si esto puede considerarse una idea suicida; no sé si algún ser humano no ha pensado eso alguna vez en su vida) o breves pensamientos de muerte (ibídem), o llegar a implicar planes concretos y permanentes para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse, de manera que puede oscilar entre presentaciones agudas y crónicas (35). Ciertamente es un terreno indefinible en lo objetivo y operacional, ignorando la subjetividad y el sujeto.

En todos los trabajos se constata que los datos de prevalencia de la ideación

suicida son muy variables y que la ideación suicida es mucho más frecuente que las tentativas de suicidio y los suicidios consumados: el estudio de Meehan sobre jóvenes universitarios de 18 a 24 años encuentra que el 54% de la muestra había tenido ideas suicidas alguna vez en la vida y hasta el 26% en el último año; el 10% informaron haber intentado suicidarse en algún momento de su vida y el 2% haberlo intentado durante los 12 meses anteriores, aunque sólo un 3% de ese 2% (el 0.06% de la muestra) realizó algún intento que requiriera atención médica y sólo el 1% de ese 2% (el 0.02% de la muestra) requirió atención hospitalaria (36). El European Study on the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) encontró en España una prevalencia vital del 4.4% para la ideación suicida y del 1.5% para los intentos de suicidio; la media europea para la ideación suicida fue del 7.8% y del 1.8% para los intentos de suicidio (37).

Así mismo, parece cierto que la ideación suicida varía de manera importante en los diferentes tramos de edad, particularmente jóvenes y ancianos: entre los adultos jóvenes puede presentarse entre el 10% y 12% mientras que en los ancianos pueden aparecer en el 4%, aunque es variable según los estudios. En todo caso, parece que la prevalencia de ideación suicida disminuye con la edad, a la inversa del suicidio consumado: en los ancianos la existencia de ideación suicida es menor aunque su significación sería de mayor gravedad. Esta disminución de la prevalencia de la ideación suicida al aumentar la edad –al

igual que disminuyen las tentativas de suicidio— y el aumento con la edad de los suicidios consumados avalaría el modelo del continuum de la ideación suicida al suicidio consumado en ancianos y de la ideación suicida a la tentativa de suicidio en jóvenes y adolescentes (Suicidología); sin embargo, en estos, cuestionaría el modelo de progresión en el continuum de la ideación suicida al suicidio consumado.

Además de la disminución con la edad de la prevalencia de ideación suicida y del aumento con la edad del suicidio consumado, los estudios observan que la continuidad cronológica y clínica entre la ideación suicida y los intentos de suicidio es problemática y varía en función del lugar en el que se evalúe. De alguna manera, esto también cuestionaría el continuum autodestructivo.

Finalmente, es preciso señalar que hay pacientes que presentan ideación suicida persistente o crónica; son particularmente pacientes diagnosticados de Trastorno límite de la personalidad⁸ que hacen con frecuencia tentativa de suicidio (el 60-70% hacen una o varias tentativas de suicidio a lo largo de la vida: representan el 40% de todas las tentativas de suicidio) y suicidios consumados (el 8-10% hacen suicidio consumado: representan el 30% de todos los suicidios consumados). Joel Paris observa

que con estos pacientes con ideación suicida crónica los métodos habituales recomendados para prevenir el suicidio son ineficaces y hasta contraproducentes (38). Se estima que hasta el 1% de la población tendría ideación suicida más o menos persistente, 500 personas en una población de 50 000 habitantes, muchos de ellos con antecedentes de tentativa de suicidio. ¿Habría que incluir estos pacientes en los Programas de prevención, en el Protocolo del SESPA?

La relación con el paciente.

Se puede afirmar que la clínica no puede sostenerse desde un programa o protocolo: la clínica es lo que se hace junto a la cama del paciente (diccionario Littré). Esto supone la aceptación, incluso la búsqueda de una proximidad con el paciente, tanto en la observación y la evaluación como en el tratamiento: proximidad con su intimidad psíquica en Psiquiatría, proximidad con su intimidad corporal en otras Especialidades médicas.

Hoy en día, esta proximidad con la intimidad psíquica del paciente se ha vuelto innecesaria, incluso indeseable, y se intentaría evitar con la tecnología psiquiátrica actual (DSM, escalas, protocolos, etc.): es evidente, para el que lo quiera ver, que en Salud Mental cuantos más programas y protocolos menos es la clínica que se practica. Pero cuando

8 La prevalencia del Trastorno límite de la personalidad se estima en un 1.6%, pero podría ser tan elevada como un 5.9%; la prevalencia es de alrededor del 6% en la Atención Primaria, del 10% entre los sujetos que acuden a los Centros de Salud Mental, y del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados (DSM-5).

la relación asistencial en Psiquiatría está amputada de esta dimensión de proximidad psíquica e ignora la realidad del paciente (siempre intersubjetiva, interpersonal y socio-cultural) se convierte en un encuentro operatorio cuya única finalidad es la evaluación o la normalización de las conductas del paciente (39). ¿Qué pasa con los pacientes suicidas evaluados tantas veces como ordene un Programa, un Protocolo?; se trata de valorar sus síntomas y sus factores de riesgo o debería ser para ayudarlo a hacerse dueño de sus actos, dar a estos la trascendencia que tienen –aunque sea un corte superficial en la muñeca– y ayudarlo a entrar en contacto con su mundo interno, que en todo paciente está trastornado y en parte amputado de su control.

Aunque toda institución puede funcionar sobre la denegación de la proximidad psíquica –basta con limitar su actividad a una sucesión operatoria de intervenciones protocolizadas– esa denegación no impide que exista. El trato con los pacientes mentales –especialmente si son graves: ahí el profesional se encuentra con la omnipotencia, la furia del deseo, el rechazo obstinado de los límites, el placer y el dolor de vivir, la fascinación de la muerte– tiene consecuencias: la proximidad psíquica con el paciente, sea contemplada o negada por la institución y los profesionales, tiene efectos de contra-transferencia (contra-actitudes sentidas, vividas, y en ocasiones actuadas, por los profesionales) consecuencia de la transferencia proyectada por el paciente; cuando estas interacciones en la proximidad no son reconocidas, después

analizadas y “metabolizadas” por los profesionales, se manifiestan por la adopción de actitudes (contra-actitudes) normativas o moralizantes, incluso patológicas, y reducen la actividad asistencial a una actividad estéril. El reconocimiento y análisis de las contra-actitudes permite a los profesionales no actuarlas, permite la contención.

Las contra-actitudes se manifiestan con más intensidad con los pacientes graves (incluidos los pacientes suicidas) y más en las crisis y en la urgencia ya que en estas circunstancias los mecanismos de defensa más maduros del paciente (represión, supresión, desplazamiento, etc.) se han desplomado y la ansiedad, los conflictos y las pulsiones están a cielo abierto, y afloran los mecanismos de defensa más arcaicos (negación, proyección, escisión, paso al acto, etc.) dirigidos contra el profesional; en consecuencia, es más intensa la contra-actitud que le genera y tiene mayor riesgo de actuarla: paso al acto del profesional que se manifiesta en la propia relación con el paciente y en decisiones diagnósticas y terapéuticas; el profesional se ve arrasado por la ira o por el miedo o por la necesidad de preservar su prestigio o su poder, o por la banalización.

La contra-actitud general de los profesionales ante un paciente grave es la evitación defensiva: poner distancia (retrasos, trato distante, derivación, escalas,...). A esta contra-actitud general defensiva se suman otras corrientes defensivas producidas por sentirse utilizado, por miedo de no estar a la altura, porque en

los tiempos actuales la responsabilidad y la culpa están a la orden del día, etc. Cabe decir entonces que la contra-actitud más frecuente de los profesionales ante un paciente grave (suicida en este caso), la contra-actitud defensiva, no necesariamente implica mala voluntad para hacer bien su trabajo, ni implica insensibilidad ante el sufrimiento humano, es defensiva (aunque impide una relación terapéutica).

Precisamente por esto (contra-actitudes y necesidad de contención del profesional) la institución además de facilitar la relación profesional-paciente en la proximidad psíquica (necesaria para el cuidado psíquico aunque inconveniente para la gestión o manejo de caso) debe acondicionarla: ¿cómo organizar el encuentro con el paciente que mediante el paso al acto suicida huye de la confrontación angustiosa con sus emociones?, ¿con el adolescente con ideas suicidas atrincherado en sí mismo?, ¿con el que acaba de saber que va a morir pronto y sopesa el suicidio? La disposición material y relacional –incluido el equipo asistencial– de este encuentro con el paciente es imprescindible para adecuar la relación y permitir el cuidado psíquico. Igualmente es necesario que el profesional se encuentre integrado en un equipo asistencial; pero hay que señalar que una agrupación de profesionales no es un equipo asistencial y que un equipo multidisciplinar no es la adición de profesionales de distintas titulaciones.

Así pues, es la institución de Salud Mental –no los profesionales en su prác-

tica individual– la que define el marco asistencial y es por tanto la institución la que debería definir y acondicionar un marco asistencial que permita y acondicione la aproximación clínica. Sin embargo, desde hace años, la institución de Salud Mental ha abandonado el modelo asistencial de cuidado psíquico y se ha escorado a un modelo asistencial burocrático de evaluación y asistencia estandarizadas con programas y protocolos.

La “buena práctica”.

Las consideraciones hechas sobre el modelo de Salud Mental de cuidado psíquico cuestionan la “buena práctica” (manejo de caso) de los Programas y del Protocolo del SESPA: la “buena práctica” no es la práctica buena con algunos –quizá muchos– pacientes suicidas. Particularmente no es buena práctica el activismo: en la detección y el diagnóstico, en el tratamiento y en el seguimiento, y en la derivación. La “buena práctica” contiene también dosis de ingenuidad semiológica: “comunicación suicida sin, con grado indeterminado o con alguna intencionalidad suicida”, el paciente “hace crítica”, “contrato de no suicidio”, etc.

El activismo (“A mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva debe ser la actuación”, “investigar” ideas suicidas en el paciente, “monitorización”, “seguimiento intensivo”, etc.) y la objetivación (escalas, algoritmos, etc.) que recomiendan la Guía y los Programas de prevención se compadecen poco y mal

con la actitud de clínico: escuchar, recibir, contener,... y confiar en el paciente.

El Protocolo del SESPA recoge que en “Atención Primaria y Servicios de Urgencias de Atención Primaria es donde se detectan, fundamentalmente, los pacientes con ideación suicida y la mayor parte de los intentos autolíticos”. En esta línea de recomendar el activismo del profesional se suele repetir (Guía del Ministerio, Programas de prevención, trabajos universitarios,...) que el 60-70% de los suicidas han consultado con un médico general en el mes precedente a una tentativa de suicidio y que el 36% lo hicieron la semana previa al acto suicida; no obstante, estas cifras habría que matizarlas correlacionándolas con la extremadamente baja incidencia del suicidio: para un médico general una media de 1 caso de suicidio por año; es decir, aproximadamente 1 caso entre no menos de 5000 actos del médico. Tampoco es infrecuente que el paciente haya consultado con un psiquiatra o un psicólogo en las semanas previas al acto fatal; incluso muchos suicidas estaban diagnosticados, con tratamiento y en seguimiento en los servicios de Salud Mental.

Ambas situaciones, aunque los expertos lo entienden como falta de competencia y/o de diligencia de los profesionales, indican que el suicidio continúa siendo un enigma, enigma ni siquiera entrevisto por los Programas de prevención, en los que una persona con trastorno mental y agobiada por ideas suicidas acude al médico general o al psiquiatra para que le ayuden a no suicidarse; o en los que la

habilidad del médico o del psiquiatra les permite “descubrir” ideas suicidas en un paciente y dar un “tratamiento”. En contraste con este paciente –con “conciencia de enfermedad” y bien dispuesto– y con el activismo recomendado al profesional, lo cierto es que en muchos pacientes suicidas la angustia –que corta la palabra–, la reticencia y la reserva son la norma. Probablemente se esté ante un paciente gravemente suicida en muchos casos en los que no se pueda poner en práctica lo que recomienda la Guía del Ministerio y ordenan los Programas sanitarios de prevención.

Es un enigma el suicidio y es una incógnita el momento del paso al acto suicida, así como es un enigma la mejor manera de ayudar al suicida a que recupere el deseo por la vida. Además de esta condición enigmática del suicidio y de la pretendida falta de competencia y diligencia de los profesionales, no “detectar” al suicida y no poder evitar el paso al acto suicida puede traducir igualmente su reserva y su voluntad inquebrantable de morir.

Y, como se dijo, con el paciente suicida (en general con todo paciente grave) hay que recomendar precaución con ser excesivamente intrusivo y activo en la evaluación, así como con los tratamientos “agresivos”, especialmente farmacológicos, por la existencia en algunos pacientes de frágiles equilibrios psicopatológicos (depresivo, esquizofrénico, obsesivo, etc.) en los que la inhibición, el autismo, el silencio,... lo protegen de que aumente el derrumba-

miento psico(pato)lógico que ya pueda tener, incluso lo protegen del paso al acto (heteroagresivo o suicida). Son por tanto equilibrios que hay que respetar, aunque este respeto no supone, ni debe suponer, dejar solo al paciente: cuanto más grave es o está un paciente más debe intentar el clínico acompañarse con él, pero sin perder de vista el objetivo de la asistencia. No es fácil hacerlo y no es posible protocolizarlo; la clínica con pacientes graves no es sencilla y el clínico necesita sostenerse en un equipo asistencial. Por otra parte, la clínica psiquiátrica, con sus incertidumbres, no puede apelar a la “objetividad” –objetividad de haber cumplimentado un programa o un protocolo, objetividad de unas escalas, objetividad de un ensayo clínico– para estar segura de su buen hacer (“el arte de la clínica”). También habría que señalar que no pude haber diálogo clínico con un paciente si el profesional está mirando pantallas en el ordenador.

Tampoco es recomendable por principio el activismo en la derivación del paciente, muy cercano de la derivación proyectiva: para algunos pacientes el hecho de hablar del suicidio, de su suicidio, puede protegerlos del paso al acto suicida (no toda porosidad es grieta). Pero el sujeto “elige” con quien lo habla (médico de Atención Primaria, enfermera, etc.) y la derivación inoportuna –por apresurada o por proyectiva– del paciente con ideas suicidas a Salud Mental o al hospital puede abortarlo: la posibilidad de establecer una buena relación con la persona suicida no puede ser sustituida por ninguna técnica estandarizada en Salud Mental; puede

ser complementada en Salud Mental o puede ser la Atención Primaria la que complementa, según el caso.

La prevención.

El estudio de Carroll, 2014, meta-análisis de la evolución en 30 años de tentativas de suicidios atendidas en hospital, descubrió que el 4.2% de las personas que sobrevivieron a una tentativa de suicidio (autolesiones, autointoxicaciones) murieron por suicidio en los siguientes 10 años tras la tentativa. El riesgo de suicidio consumado en los 12 meses posteriores a un intento de suicidio fue del 1,6% (doble en hombres: 2.7%, que en mujeres: 1.2%) y del 3,9% en 5 años. La tasa de suicidio consumado en la población que ha hecho tentativa es hasta 100 veces mayor que en la población general, siendo el doble en los que han hecho más de una tentativa que en los que sólo hicieron una tentativa. La tasa estimada de recidiva de tentativa no fatal durante el año siguiente fue del 16.3%; esta proporción fue considerablemente más baja en los países asiáticos (10.0%) y varía entre los estudios que identifican repetición de la tentativa utilizando datos de ingreso hospitalario (13.7%) y estudios que utilizan el informe de pacientes (21.9%). El estudio concluye que 1 de cada 25 pacientes (4%) que acuden al hospital por tentativa de suicidio se suicidará en los próximos 5 años; este riesgo es mayor en sujetos de edad avanzada, en hombres y en los que utilizan métodos distintos de la autointoxicación. También, el estudio de Robert Carroll recoge que a pesar de la

investigación científica y su reflejo en la asistencia y la prevención, la incidencia de tentativas de suicidio de repetición no ha variado a lo largo de los últimos 30 años: no se encontraron pruebas de que la tasa de recidiva de la tentativa de suicidio fuera menor en estudios más recientes (posteriores a 2000) en comparación con los estudios de los años 80 y 90. Es decir las estrategias sanitarias de prevención no han resultado útiles para prevenir la recidiva de la tentativa de suicidio, al menos hasta 2014 (12).

Además de estos datos de evolución de los sujetos que han hecho una tentativa de suicidio y han sido asistidos médicamente cabe preguntar qué les sucede a las personas a las que se impide realizar una tentativa de suicidio de alta letalidad. Al igual que las tentativas de suicidio realizadas y médicamente atendidas no murieron por suicidio en muchos casos y –quizá cuestionando la utilidad de las actuales estrategias de prevención– en una proporción sensiblemente inferior. Richard Seiden en la década de 1970, publicó ¿“Dónde están ahora? Un estudio de seguimiento de los intentos de suicidio desde el puente Golden Gate”. Es un estudio sobre la evolución de las 515 personas a las que se impidió saltar desde el puente Golden Gate en los 35 años anteriores (desde que en 1937 se abrió el puente a 1978 se suicidaron más de 800 personas; otras muchas fueron detenidas por la policía antes de saltar). Seiden encontró que de las 515 personas detenidas antes de saltar del puente, sólo 35 murieron por suicidio en los siguientes años (el 6.8%)

y teniendo en cuenta los suicidios que los investigadores podrían haber pasado por alto, estimó que al menos el 90% de las personas que intentaron saltar desde el puente Golden Gate no murieron por suicidio en los años posteriores (40).

La Conferencia de consenso de la Fédération Française de Psychiatrie afirma respecto al suicidio de pacientes psiquiátricos que la mayoría de los estudios prospectivos no han encontrado ninguna diferencia significativa en materia de tasas de suicidios o de recidiva de tentativa de suicidio entre diferentes tratamientos, sean tratamientos estructurados (psiquiátrico, psicosocial, psicofarmacológico o psicoterapia), sea un acompañamiento o incluso la ausencia de acompañamiento. Varios factores pueden explicar esto pero un elemento es de particular interés: la falta de eficacia relativa a los tratamientos y seguimientos estructurados puede ser en parte debida a las características de la población psiquiátrica así seguida, particularmente la falta de alianza terapéutica o de adherencia al tratamiento de estos suicidas. Concluye que “si la importancia de una intervención estructurada psiquiátrica inicial es reconocida por todos, la eficacia de las tomas a cargo ulteriores no responde a recomendaciones apoyadas por la literatura, por el hecho de las particularidades de los pacientes psiquiátricos que se benefician de estos abordajes estructurados” (41). Sin embargo, el Protocolo del SESPA tiene como Objetivo 2.3 “Disminuir la tentativa y la mortalidad por suicidio asociado a causas clínicas”.

Bertolote, que afirma la necesidad de tratamiento de los trastornos mentales como un componente principal de los Programas de prevención del suicidio, dice no obstante, que el suicidio se encuentra asociado con una variedad de trastornos mentales, cada uno de ellos con un enfoque terapéutico diferente, lo que hace que un enfoque general de tratamiento (Programa, Protocolo) probablemente sea poco sólido. Así mismo dice que no se encuentra ningún trastorno mental individual asociado con el suicidio con una magnitud tal que el tratamiento de dicho trastorno tenga un impacto significativo en las tasas de suicidio, incluso en caso de que el tratamiento fuera del 100% de eficacia (42). Para este autor, 2005, la mayoría de la investigación sobre las conductas suicidas y su aplicación a Programas refleja el punto de vista ideológico y etiológico de los autores; hay numerosos trabajos publicados sobre prevención, con resultados a veces contradictorios si no desconcertantes. En realidad, dice, se trata de profesionales que proponen sus planes preventivos, acordes a sus teorías y que intentan convencer a los demás de la superioridad de su propuesta (43). Desde 2005 no han cambiado las cosas y Baca refiere que el impacto de la conducta suicida en el mundo y en nuestra sociedad se mantiene inalterable a pesar de los esfuerzos realizados en investigación y con unos resultados cuestionables en cuanto a su aplicación clínica (44).

En resumidas cuentas, a día de hoy se puede decir: No hay evidencia de que

los psicotropos reduzcan el número de suicidios. Tampoco hay evidencia de reducción de las tasas de suicidio en relación con la mejor formación del personal sanitario. En general, tampoco hay evidencia de reducción de las tasas de suicidio con las estrategias asistenciales sanitarias de los Programas de prevención; la única estrategia que “puede ser útil” en la reducción de recidiva de la tentativa de suicidio durante el primer año –reducción que no se mantiene en el segundo año– es el contacto intensivo BIC (contactos repetidos de apoyo psicosocial) que recomienda la OMS, aunque algunos autores cuestionan esta reducción; para valorar su posible impacto habría que recordar que tras una tentativa de suicidio, la tasa estimada de recidiva de tentativa no fatal durante el año siguiente es del 16.3% y del 1,6% de recidiva fatal. Tampoco hay evidencia de la reducción del número de suicidios con las recomendaciones e intervenciones con los medios de comunicación, aunque los expertos afirmen que “visibilizar” el suicidio y al suicida es preventivo. Tampoco hay evidencia de la reducción del número de suicidios con los Programas de prevención llevados a cabo en el sistema escolar. Tampoco con los centros de crisis y teléfonos de ayuda para prevenir el suicidio. Tampoco con los Programas de prevención en el medio carcelario. Etc.

En la actualidad, la evidencia disponible indica que las medidas universales de reducción del acceso a los medios y métodos muy letales de suicidio (medi-

camentos, pesticidas, armas de fuego, barreras antisuicidio en el metro, en los puentes, etc.) es posiblemente la única intervención con un impacto significativo en la disminución del número de suicidios en una población. A pesar de eso, en estos últimos años la OMS se ha decantado por el modelo sanitario de prevención del suicidio, inútil en la prevención de muchos suicidios en el mundo como es el caso de la autointoxicación voluntaria con pesticidas en países subdesarrollados y en vías de desarrollo⁹.

En realidad, no hay un modelo universal para la prevención del suicidio; con la cautela requerida para valorar la evaluación que se hace de los resultados, se ha visto que algunos Programas de prevención han funcionado en algunas ocasiones en algunos lugares. Lo que sí está comprobado, es que las acciones parcelares –sector escolar, sector sanitario (Protocolo del SESPA), etc.– tienen pocas probabilidades de conseguir efectos significativos.

El “teorema” de Rose respecto a la prevención enfocada en los “riesgos” afirma que mejorar la salud mental de la comunidad puede reducir las conductas suicidas de manera más efectiva que los esfuerzos por identificar las personas con riesgo suicida: “un gran número de personas de bajo riesgo puede provocar más casos de una enfermedad que el reducido número que tiene riesgo elevado”; un enfoque de “alto riesgo” sería insuficiente para abordar el problema (45). Sería todavía más insuficiente si se tiene en cuenta que entre los sujetos con “alto riesgo” hay un 86% de falsos positivos.

Desde la clínica –no desde Programas– en general se admite que la intervención en la crisis suicida y la prevención del paso al acto es posible ya que una característica de muchos suicidas (y de la crisis suicida) es la ambivalencia: en la mayor parte de los suicidas existen sentimientos entremezclados en torno a cometer el suicidio, el deseo de morir y el deseo de vivir son parte de la dialéctica suicida, así como el miedo a vivir o el

9 En el año 2012 los suicidios en países subdesarrollados y en vías de desarrollo –especialmente China y países del Sudeste Asiático– fueron algo más de 600 000, de los que alrededor de 300 000 se debieron a autointoxicación voluntaria con pesticidas agrícolas. Parece ser que la autointoxicación voluntaria con pesticidas no difiere mucho en “intencionalidad suicida” de la autointoxicación voluntaria en los países desarrollados, en este caso habitualmente medicamentosa (tranquilizantes,...); pero si la autointoxicación medicamentosa es letal en un 0,5% de los casos, la autointoxicación por pesticidas lo es en un 10-20%, así que de las 300 000 personas que murieron por autointoxicación por pesticidas sólo hubieran fallecido unas 20 000 de haber sido autointoxicación medicamentosa. Tres factores se destacan para que en 2019 esto continúe: primero, el patrón de agricultura en esos países, donde la mayoría de la población que vive en áreas rurales cultiva su pequeña parcela de terreno; segundo, la venta de pesticidas es un negocio multimillonario (las ventas están cifradas en más de 30 mil millones de dólares al año); y tercero –quizá relacionado con lo segundo– que a pesar de que la OMS ha impulsado estos años campañas contra el suicidio, se ha decantado por el sector sanitario y el modelo psiquiátrico-psicológico, y aunque la reducción del uso de pesticidas figura entre las recomendaciones generales de la OMS a los Estados nunca ha sido un tema central ni objeto de una campaña como los trastornos mentales.

miedo a morir, y casi siempre el miedo a morir y el miedo a vivir.

En la intervención en la crisis suicida (evaluación-tratamiento) la posibilidad de anudar una alianza terapéutica con el paciente suicida debiera ser un objetivo primordial, pero es preciso recordar que esta relación médico-paciente es compleja y delicada: si para el suicida es importante sentirse respetado y no juzgado por el médico, este, además de respeto frente al acto suicida presente –y llegado el caso por venir– debe proponer una ayuda (sea fármacos o psicoterapia u otra) que no debe estar enteramente centrada en la prevención de un nuevo paso al acto, sino sobre el sufrimiento del sujeto, que dispone siempre de su vida y de la posibilidad de un nuevo acto suicida. El clínico no debe centrarse en exclusiva en la posibilidad de recidiva de la tentativa de suicidio y debe aceptar su posibilidad; esto, lejos de ser una actitud derrotista representa una actitud terapéutica de clínico (escuchar, recibir, contener,... y confiar en el paciente) que vale no solamente para la tentativa de suicidio sino también frente al sujeto que expresa ideas de suicidio.

El riesgo de recidiva de la tentativa de suicidio y la “gestión preventiva” de ese riesgo movilizan de forma muy activa tanto a las familias como a los investigadores en Salud Pública, a las autoridades sanitarias, etc., moviliza a mucha gente pero la preocupación es trasladada al clínico, al que ponen en situación de asumirlo él solo, de hacerse cargo –y responsable– de la evaluación

y la prevención de ese riesgo al mismo tiempo que debe ser terapéutico. Y, aunque necesario, no es fácil para el clínico mantener la actitud de confianza en el paciente y asumir el riesgo de recidiva ya que, independientemente de toda consideración psiquiátrica, la tentativa de suicidio es el factor predictivo más significativo –y a veces el único– de un eventual suicidio posterior.

Sin embargo, esa aceptación de un cierto riesgo es necesaria para mantener abierto el encuentro terapéutico como algo constructivo: la confianza del clínico en las capacidades para vivir del paciente es para este un apoyo de primer orden. Pero tal actitud de clínico –que resulta entorpecida y distorsionada por los Programas y Protocolos– no viene dada y requiere un esfuerzo de este para aceptar desposeerse del control, para ponerse en manos del otro y a su parte de imprevisibilidad: dejar espacio al paciente y a su libertad. Es en esta situación en la que el clínico está confrontado con su ética y sus contra-actitudes; sobre todo está confrontado con el riesgo que acepta compartir con el paciente. Además de esfuerzo personal (y soportar la ansiedad) para poder mantener esta actitud terapéutica y de respeto, es absolutamente necesario el acondicionamiento por la institución de un marco asistencial y relacional de cuidado psíquico y que el clínico se sienta seguro y confortable en su trabajo y en su equipo de trabajo.

Pero el clínico debe asumir esa carga solo y, desgraciadamente, con la única

ayuda de su pericia¹⁰ –clínica– porque aunque hay muchos trabajos sobre la tentativa de suicidio son trabajos estadísticos y no sirven de apoyo como sería necesario: se necesitaría investigación clínica para poder determinar la forma en que se produce el paso al acto suicida en un paciente con ideación suicida, y la forma en que se produce la recidiva de la tentativa de suicidio, tanto en relación con la clínica del paciente como en la continuidad de su historia personal, sea la sucesión de actos suicidas en un corto período de tiempo –verdadero “estado de mal” suicida–, sean tentativas repetidas a lo largo de varios años, sean tentativas aisladas a intervalos relativamente largos durante un período prolongado (hasta varias décadas).

Eficacia de los Programas sanitarios de prevención.

A pesar de todo, la evaluación de resultados de los Planes y Programas de prevención del suicidio de las Comunidades Autónomas suele ser positiva o muy positiva, y aunque los datos no parecen reflejar una disminución del número de suicidios consumados, los autores hacen una evaluación positiva apoyándose en la disminución (pequeña y sujeta a sesgos o inexistente) o el espaciamiento de las tentativas de suicidio. Véase figura 5.

A manera de conclusión.

Tras lo referido, se puede afirmar que no existe una respuesta simple al suicidio, ni una forma fácil de explicarlo, ni una forma fácil o compleja o estandarizada (programada, protocolizada) de evitarlo. Sin embargo, siempre tiene que ver con el otro –con la profunda necesidad que la persona tiene de ser reconocida, incluso amada– y con la autoconciencia reflexiva –sin autoconciencia reflexiva no hay “Yo” al que matar– en la que el sujeto sufre por emociones y sentimientos involucrados en el dolor psicológico (culpa, vergüenza, tristeza, miedo, indefensión, soledad, desamparo, odio,...).

Sin embargo, hay que admitir que esas emociones y esos sentimientos son muy comunes en los seres humanos y no pueden ser todo; muchas personas se sienten mal, incluso muy mal, consigo mismas y no se suicidan. ¿A partir de qué momento estos sentimientos comienzan a generar pensamientos o ideas suicidas? En algunos casos, los pensamientos suicidas datan de muchos años antes del suicidio y están enraizados en el sujeto, y no son infrecuentes los casos en los que la ideación suicida es muy reciente y surge en las 24 horas previas al acto suicida. ¿Cuándo el sujeto con ideas de suicidio o planes suicidas se convierte en suicida?, ¿cuándo la idea suicida pasa al acto suicida, y qué es lo que lleva a la

10 En la medida en que la Psiquiatría, con sus particularidades, pretendía ser una disciplina científica en el interior de la Medicina, debería haber cobrado relevancia la clínica psiquiátrica; en lugar de ello, las ciencias auxiliares (la neuroimagen, la psicofarmacología, la estadística, etc.), el ECA y el consenso de expertos (DSM) han desplazado a la clínica psiquiátrica, que además se ha quedado sin el apoyo de esas ciencias auxiliares.

persona a dar el paso al acto fatal?; ¿cómo medir la distancia entre el pensamiento suicida y el acto suicida y cómo el suicida recorre esa distancia? Sin duda, el retumbar interno de los pensamientos suicidas, su profundidad, su carácter obsesivo e invasivo, pueden anunciar –¿empujar?, según la Suicidología– al suicidio, ¿pero en qué momento? Hay un trecho desconocido y para aproximarse a ese trecho desconocido no sirven las evaluaciones objetivas ni las escalas, es necesaria la aproximación clínica y considerar la historia del sujeto, su psicología y su psicopatología. Incluso se podría decir que la aproximación clínica permitiría construir y alargar el trecho entre la idea de suicidio y el acto suicida; quizá las terapias no hagan más –no sería poco– que poner distancia en el sujeto suicida entre su deseo de matarse y el paso al acto suicida. En cualquier caso –condición aprovechada por los Programas de prevención, aunque desvirtuada y lastrada por sus posibles efectos adversos–, para el sujeto suicida estar frente a otro que quiere ayudarlo es en sí terapéutico, sea un amigo, un familiar, un profesional sanitario, etc. En nuestro trabajo, la aproximación clínica en un marco asistencial de cuidado psíquico –condición necesaria para una relación terapéutica– debe ser el objetivo primordial de la asistencia al paciente suicida.

Por tanto, finalmente, hay que subrayar que en la asistencia en Salud Mental, no

hay prevención posible del suicidio que no contemple la relación profesional-paciente, propiciándola y acondicionándola, en un modelo asistencial de cuidado psíquico y con verdaderos equipos asistenciales. Y esto es tan necesario en la asistencia de Salud Mental como la asepsia en un quirófano. Quizá, los gestores de la Salud Mental, los coordinadores, los evaluadores de calidad,... debieran interesarse en ello.

Cesare Pavese estuvo años rumiando el suicidio y escribió pensando en su suicidio: “Todo lo que se necesita es un poco de coraje. Hechos y no palabras. Se necesita preparación mental y coraje” –la inhibición protege del paso al acto suicida–. Pavese se suicidó en 1950, con somníferos; dejó un poema: Vendrá la muerte y tendrá tus ojos / esta muerte que nos acompaña / desde el alba a la noche, insomne,...

P.S.: En estos días de octubre de 2020 el MINISTERIO DE SANIDAD ha publicado la Revisión de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012) del Programa de GPC en el SNS. Su conclusión no deja lugar a dudas: “Tras considerar la nueva evidencia identificada y la valoración de los expertos de las principales sociedades científicas y asociaciones de pacientes, el grupo de revisión ha concluido que no es necesario actualizar la guía en este momento.”

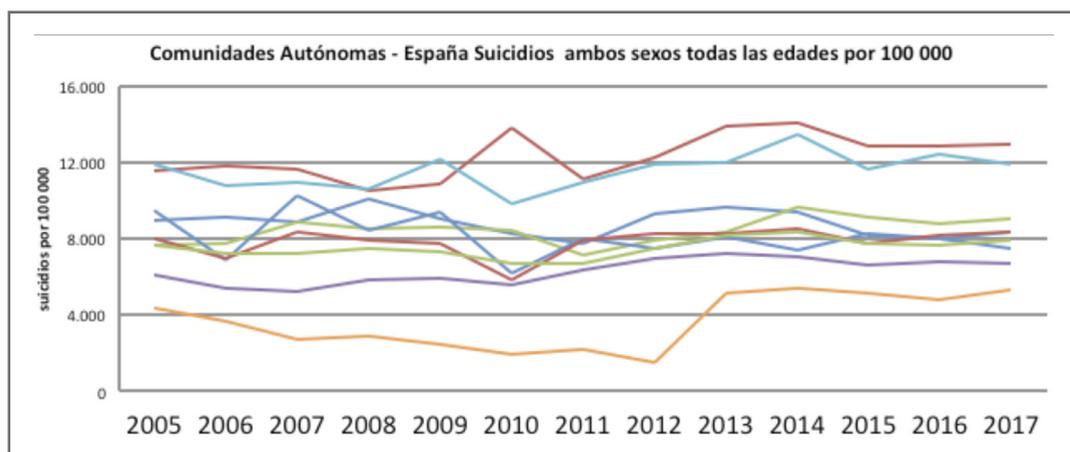


Fig. 5. España CCAA suicidios 2005-2017, ambos sexos, todas las edades, por 100 000 habitantes INE. Los gráficos de las diferentes Comunidades Autónomas –con y sin Programas de Prevención del suicidio– permiten apreciar una evolución similar, salvo los picos de Asturias y Galicia y el gráfico de Madrid. En el caso de Madrid, el “aumento” de suicidios a partir de 2012 se debe a que el INE no tuvo acceso a los datos del Instituto Anatómico Forense de Madrid hasta 2013.

Referencias bibliográficas

- 1/. Andrés R. *Semper Dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona. Acantilado, 2015.
- 2/. Gomá J. *Dignidad*. Barcelona. Galaxia Gutenberg, 2019.
- 3/. Latour B. *Ciencia en acción*. Barcelona. Labor, 1992.
- 4/. MacDonald MF y Murphy TR. *Sleepless Souls. Suicide in Early Modern England*. Oxford. Clarendon Press, 1990.
- 5/. Coccozza JJ y Steadman HJ. The Failure of Psychiatric Predictions of Dangerousness: Clear and Convincing Evidence. *Rutgers Law Rev.* 1976; 29(5):1084-1101.
- 6/. Bush George W. (April 29, 2002). “President’s New Freedom Commission on Mental Health”. *Federal Register* (published May 3, 2002). 67: 22337-22338. 67.
- 7/. Whitaker R. *Anatomía de una Epidemia*. Madrid. Capitán Swing, 2011.
- 8/. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02, 2012.
- 9/. Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental. *Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio*. Consejería de Sanidad. Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2018.
- 10/. Pokorny AD. Prediction of suicide in psychiatric patients. Report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40(3):249-257.

- 11/. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(5):418-422.
- 12/. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(2):e89944. Published 2014 Feb 28.
- 13/. Chan MK, Bhatti H, Meader N, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry*. 2016;209(4):277-283.
- 14/. Mulder R, Newton-Howes G, Coid JW. The futility of risk prediction in psychiatry. *Br J Psychiatry*. 2016;209(4):271-272.
- 15/. Sadock BJ. Inevitable suicide: a new paradigm in psychiatry. *J Psychiatr Pract*. 2012;18(3):221-224.
- 16/. Quinlivan L, Cooper J, Davies L, Hawton K, Gunnell D, Kapur N. Which are the most useful scales for predicting repeat self-harm? A systematic review evaluating risk scales using measures of diagnostic accuracy. *BMJ Open*. 2016;6(2):e009297. Published 2016 Feb 12.
17. Benoit P. *Le langage de la maladie*. Petite Bibliothèque Payot, 1988.
- 18/. Mann JJ. *Textbook of Mood Disorders*, 2006 (Edición Española, 2007).
- 19/. Menninger K. *El hombre contra sí mismo*. Barcelona. Península, 1989.
- 20/. Mikulincer M. y Shaver P. *Attachment in Adulthood: Structures, Dynamics and Change*. Guilford Press, 2007.
- 21/. Stepp SD, Morse JQ, Yaggi KE, Reynolds SK, Reed LI, Pilkonis PA. The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 2008;38(5):592-607.
- 22/. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review [published correction appears in *Psychol Med*. 2003 Jul;33(5):947]. *Psychol Med*. 2003;33(3):395-405.
- 23/. Foucault M. *Enfermedad mental y psicología*. Barcelona. Paidós, 2016.
- 24/. Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, et al. Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *Am J Psychiatry*. 1995;152(3):358-364.
- 25/. Isometsä ET, Aro HM, Henriksson MM, Heikkinen ME, Lönnqvist JK. Suicide in major depression in different treatment settings. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(12):523-527.
- 26/. Posternak MA, Zimmerman M, Keitner GI, Miller IW. A reevaluation of the exclusion criteria used in antidepressant efficacy trials. *Am J Psychiatry*. 2002;159(2):191-200.
- 27/. Zimmerman M, Mattia JI, Posternak MA. Are subjects in pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine clinical practice?. *Am J Psychiatry*. 2002;159(3):469-473.
- 28/. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1905-1917.

- 29/. Pigott HE. STAR*D: A tale and trail of bias. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*. 2011; 13(1): 6-28.
- 30/. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10128):1357-1366.
- 31/. Copeland W. et al., Cumulative Prevalence of Psychiatric Disorders by Young Adulthood: A Prospective Cohort Analysis from the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Mar, 50(3): 252-261.
- 32/. Colt GH. *November of the Soul: The Enigma of Suicide*, New York: Scribner, 1991.
- 33/. Oquendo MA, Currier D, Mann JJ. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors?. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114(3):151-158.
- 34/. Isometsä ET, Lönnqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*. 1998;173:531-535.
- 35/. Diekstra RF, Garnefski N. On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide Life Threat Behav*. 1995;25(1):36-57.
- 36/. Meehan PJ, Lamb JA, Saltzman LE, O'Carroll PW. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *Am J Psychiatry*. 1992;149(1):41-44.
- 37/. Bernal M, Haro JM, Bernert S, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord*. 2007;101(1-3):27-34.
- 38/. Paris J. *Half in love with death. Managing the chronically suicidal patient*. Routledge, 2007.
- 39/. Sous la direction de Sassolas M., *Defense de la clinique en psychiatrie*. Ed. ÉRÈS, 2016.
- 40/. Seiden RH. Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge. *Suicide Life Threat Behav*. 1978;8(4):203-216.
- 41/. *La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge, 19 et 20 octobre 2000*. Conférence de consensus. Fédération Française de Psychiatrie y la ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), avalada por la "Direction Générale de la santé".
- 42/. Bertolote JM y Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a world-wide perspective. *World Psychiatry*. 2002; 1(3), 181-185.
- 43/. Bertolote JM y Fleischmann A, Prevención del suicidio: la necesidad de integración y cooperación. Dossier OMS. *Átopos*. 2005, 4.
- 44/. Baca E y Barrigón Estévez ML ¿Se benefician los pacientes de la investigación en suicidio? En J. Giner, A. Medina y L. Giner (Eds.), *Encuentros en psiquiatría. Nuevos horizontes en la explicación del suicidio, Vol. 8* (pp. 85-95). Madrid: Enfoque Editorial, 2018.
- 45/. Rose G. *La estrategia de la medicina preventiva*. Barcelona. Masson, 1994.

PUNTO CRÍTICO

Con este número se inaugura esta nueva sección de carácter informal con opiniones de expertos sobre temas de actualidad.

“Covid-19 y salud mental”

Juan M. García Haro

(Compilador)

INTRODUCCIÓN

Desde que estalló la pandemia de la COVID-19, a principios de la primavera de 2020, vivimos en un estado de permanente excepcionalidad. Esta situación seguirá al menos hasta que se encuentre una vacuna efectiva, y el horizonte temporal para dicha solución dista de estar a la vista.

Es un lugar común que la pandemia afecta a todas las esferas de la vida individual e institucional de todos los países. La realidad que nos daba seguridad se tambalea a nuestros pies y se entra en un periodo de turbulencia y de miedo. Se trata de una crisis que amenaza con poner al límite nuestra vida, donde muchas personas han perdiendo el trabajo y a seres queridos sin posibilidad de despedida.

Esta pandemia que nos amenaza puede verse como una crisis de múltiples caras: crisis epistémica (aceptación/inaceptación de la incertidumbre-complejidad, revalorización/negación del conocimiento científico), antropológica (desvelamiento de la vulnerabilidad existencial: falta de control, miedo a la enfermedad/muerte), ética (se pone a prueba la solidaridad y la necesidad del cuidado mutuo, la responsabilidad individual frente a imperativos normativo-legales, se multiplican los conflictos valorativos y el drama de qué decisiones tomar, etc.), económica (cierre de negocios, pérdida del salario, indigencia, etc.), social (nuevas formas de convivir y comunicarnos, etc.), política (tensión entre centralidad y

especificidad territorial, entre el bien común y el interés electoral, etc.), y por supuesto, sanitaria (fragilidad del sistema sanitario público, insuficiencia de recursos humanos y materiales, falta de estructuras organizativas, de estrategias, de liderazgo, profesionales de la ayuda necesitados de ayuda, etc.).

Tras el shock inicial y la parálisis (confinamiento), llegamos a una etapa liminal, intermedia entre la ruptura que va quedando atrás como una mala pesadilla y la nueva normalidad por-venir, más propicia para la levantar la mirada y analizar lo ocurrido.

Desde Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria queremos abrir una sección para la reflexión y el debate en torno al impacto de la COVID-19 en la salud mental y en el sufrimiento humano, así como en torno al impacto de la respuesta de los Servicios de Salud Mental en el problema de la COVID-19 y sus consecuencias. Se trata de analizar qué ha pasado, qué hemos hecho, qué hemos aprendido, qué debemos fortalecer y cambiar, qué nos espera, y qué podríamos estar haciendo para anticipar el futuro.

Esperamos que las aportaciones de los autores de este número, así como de números siguientes, sirvan para formular un diagnóstico del estado de la cuestión e iniciar caminos de solución. No en vano, la etimología china de la palabra crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad.

Psico-covid

¿Dígame? Reflexiones sobre la atención telefónica psicológica en Asturias durante la pandemia covid-19¹

Andrés Cabero Álvarez PhD

Psicólogo Clínico.

Centro Salud Mental Ería. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo.

De entrada, quiero reconocer la dificultad para reflexionar, levantar la vista y analizar, pues la conmoción, el shock generalizado que nos ha producido a todos esta pandemia, y la incertidumbre persistente, lastran la lucidez analítica. También quiero recuperar, en este introito, el derecho a discrepar, a la libertad de pensamiento, el derecho a la conversación, sin ser tildado ni estigmatizado como representante de intereses ocultos o portador de posturas inmorales. Estas líneas están escritas y motivadas por el único interés de mejorar la sanidad pública y la Psicología Clínica pública.

¿Cómo valorar el protocolo de atención telefónica psicológica a población general y profesionales sanitarios durante la crisis covid-19 en Asturias?

El protocolo fue considerado, por el SESPA y la Consejería de Salud del Principado de Asturias, como una acción prioritaria y nece-

saria en el contexto de las “dificultades psicológicas” derivadas del confinamiento y la pandemia; y debido a la “reorganización” de la actividad asistencial sanitaria. Encargaban esta misión a Facultativos Especialistas de Área en Psicología Clínica (FEA de PC) y a psicólogos internos residentes (PIR), ambos grupos de profesionales de la plantilla de salud mental del SESPA.

¿Por qué una red paralela?

Cuatro días más tarde el Ministerio de Sanidad de España firma un acuerdo con el Consejo General de Psicología de España (CGPE) para ofrecer atención psicológica telefónica a la población. No parece una buena idea en este caso la duplicidad o las redes paralelas. Si hay escasez de recursos es un derroche; es mejor organizar, jerarquizar, y lograr que el recurso llegue a todos o a la mayoría posible. Pero los teléfonos de atención psicológica florecen por todos

1 Texto publicado el 10/05/2020 en Latrinchera2020.blogspot.com

lados y, además del ya citado nacional, se ofertaron líneas de atención psicológica por parte de seguros, periódicos, bancos, hasta famosos locales y nacionales; también Cruz Roja, Asociación contra el Cáncer, Teléfono de la Esperanza; y el Grupo de Acción Social del Comité de Emergencias de Asturias puso en marcha también un número de teléfono para atender a personas mayores y enfermos crónicos que viven solos. A la vista de esta inflación descoordinada de redes “psicos”, me pregunto si hubo la adecuada coordinación con el Ministerio, a nivel nacional, y/o con los recursos propios de Asturias.

¿Por qué no poner un número de teléfono específico para sanitarios?

Debería diferenciarse y habilitar un número específico para sanitarios y para personal de las residencias de mayores de la red pública. Como sanitario (y posible usuario de ese recurso) preferiría tener un número propio, sentiría que la empresa se ocupa de mí. En los anuncios de prensa asturiana acabaron omitiendo a los sanitarios en el número de teléfono, dirigido ya solo a población general. El protocolo nacional citado (Ministerio/CGPE) diferenciaba entre profesionales sanitarios, afectados por el COVID-19 y población general. En Asturias el impacto de la medida de atención psicológica telefónica entre los profesionales sanitarios fue muy limitado, no llegando al 5% del total de llamadas.

¿Dónde estaba la necesidad?

Se preveía que las “dificultades psicológicas” de la población general iban a precisar la existencia de este recurso. El resultado,

sin embargo, es que prácticamente la mitad de las llamadas no corresponden a demandas relacionadas con la COVID-19; y, por otro lado, durante el mes y medio que estuvo disponible el teléfono (hasta la fecha del presente escrito) se recibieron 1000 llamadas, con una media de 25 al día. Considerando los profesionales implicados podríamos aproximarnos a una ratio de 1 llamada por día y profesional. No parece una necesidad apremiante ni apabullante (quizás se dejaron llevar los gestores por el estruendo trágico de las muertes y el desbordamiento de hospitales y UCIS), pero los tiempos de lo psicológico y de la salud mental son diferentes. La necesidad está en lo por venir, la ola asistencial llegará; y habrá que organizarse con tiempo y preventivamente para lo que se avecina, que requerirá acciones complejas y matizadas, no solo políticamente correctas o vendibles como el teléfono que estamos comentando.

¿Es reorganización asistencial desvestir a un santo para vestir otro, que ya va medio vestido?

La mayoría de trabajadores (FEA de PC y PIR) han tenido que vaciar sus agendas, y dejar a sus pacientes desatendidos, para hacerse cargo del teléfono. Es decir, por ejemplo, si trabajas en un Centro de Salud Mental (CSM), los días que tengas el teléfono no puedes atender a las personas que estaban programadas. Así un buen número de pacientes han sido relegados para ocuparse de una imaginada y supuesta demanda urgente de la sociedad. De hecho, un significativo porcentaje de las llamadas (hasta un 43%) al teléfono psico-covid corresponde a pacientes ya atendidos y que

probablemente hayan tenido dificultades para acceder a sus terapeutas habituales. Hasta tal punto es esto cierto que en el documento sobre la fase de transición de la pandemia (del plan de acción del SESPA) se dice textualmente que “se recomendará a los pacientes que ya sean usuarios de la Red de Salud Mental que se pongan en contacto con su dispositivo de referencia para poder comunicarse con su terapeuta habitual de cara a la continuidad adecuada de su tratamiento”. En esta situación, los médicos de cabecera han derivado al teléfono psicocovid, los psiquiatras de los CSM también, mientras los psicólogos clínicos y residentes de psicología clínica atienden estas llamadas; o sea, los mismos pacientes son atendidos por dos redes paralelas, públicas. ¿Se puede llamar reorganización asistencial al hecho de desmontar la agenda de profesionales asistenciales con pacientes a cargo, para atender demandas de las que otros colectivos se están ocupando, o atender a los mismos pacientes dos veces descoordinadamente? Más bien parece un deterioro de la red comunitaria de salud mental, desmontando los equipos, trayendo valor clínico-asistencial a los equipos de salud mental, dificultando el seguimiento y tratamiento de pacientes ya tomados a cargo.

***¿Cuál es la expectativa que se tiene de la PC desde las autoridades sanitarias?
¿Qué espera de mí el sistema sanitario público?***

Esta es la pregunta más difícil de contestar. ¿Qué imagen tiene la gerencia (o los mandamases del SESPA y de la Consejería de Sanidad) del papel de la Especialidad

de Psicología Clínica? Intuyo que una imagen de la Psicología (clínica, conviene recordarlo) algo devaluada, ya que, por ejemplo, la sitúa al mismo nivel asistencial que los voluntarios. La ocurrencia de poner a especialistas (o a especialistas en formación) a atender población general es inaudita. ¿Ustedes saben el dinero y el esfuerzo que destina la sociedad a formar a un especialista sanitario? ¿Saben el tiempo y trabajo requeridos para poder mantener un buen nivel de cualificación profesional? ¿Saben que los residentes en PC tardan cuatro años en ser especialistas, pagados con dinero público, y que previamente han estudiado un grado, y luego aprobado una dura y selectiva oposición? ¿Saben cuántos sueldos durante cuantos trienios ha pagado la administración sanitaria a los especialistas en psicología clínica para llegar a ser unos profesionales competentes? Pues sabiendo todo lo anterior, no es comprensible mandar a los FEA de PC y PIR alterar sus agendas, deslindarse de sus equipos asistenciales, para atender un teléfono al que van a llamar poco e inadecuadamente. Es difícil imaginar a cualquier especialista sanitario atendiendo patologías en las que se mezclan lo banal y lo difícil, sin filtro alguno, como si de repente hubieran desaparecido los niveles asistenciales, los programas, la organización con criterios. Es improbable esa escena tanto por parte de los mandamases como por parte de los especialistas.

En resumen, la decisión de poner en marcha la línea telefónica de atención psicológica en Asturias parece precipitada, acontextual, desorganizada y devaluadora de la profesión.

En tiempos de confinamiento¹

Pedro A. Marina PhD.

Psiquiatra.

Centro de Salud Mental La Ería. Oviedo.

El 14 de marzo de 2020 el Gobierno de España declaró el estado de alarma en todo el territorio español para hacer frente a la emergencia sanitaria producida por la COVID 19, lo que supuso el confinamiento de la población en sus casas durante los meses sucesivos. Este texto fue escrito en esos tiempos.

Vivimos un momento excepcional. Un patógeno frente al que carecemos de defensas nos asola, enferma y mata. No tenemos vacunas ni tratamientos específicos para atacar al virus y los tratamientos sintomáticos y de soporte en los casos graves requieren de una tecnología hospitalaria que debido al elevado número de aquellos corre el riesgo de quedar saturada. Sólo el confinamiento, la evitación del contacto con los otros nos protege. Pero también nos aísla.

Cuáles serán las consecuencias del confinamiento es y será objeto de reflexión y estudios, un suceso que supone un parón en un modelo de sociedad que se proyecta siempre hacia el futuro. Sin embargo, también sucederán cosas insólitas, situaciones que amparadas en el aquí y ahora, mientras el futuro está detenido, condicionarán dos de los aspectos de la vida de las personas que más interés tiene para los psiquiatras: las relaciones y la conducta.

La gravedad de la epidemia coronavírica nos ha encerrado en casa mientras las actividades que organizaban la cotidianeidad quedan congeladas (trabajo, estudio, deporte, compras, ocio,...). La vida se para y ofrece una instantánea de nuestra existencia.

Así que las personas se encierran en casa con miedo, soledad, decepción y rabia. Miedo por lo que nos pueda pasar a nosotros y a nuestros seres queridos. Miedo porque el enemigo es invisible. Miedo en las interacciones sociales por temor a la contaminación del interlocutor. Un miedo que solo podemos compartir con quienes convivimos y que se actualiza cada vez que alguien sale y vuelve a casa. Miedo que por su origen y permanencia produce angustia.

Desde siempre, una manera eficaz de aliviar la angustia por el miedo a algo que viene de afuera es agruparse. Pero ahora reunirse contra el miedo implica riesgo de contagio

1 Publicado el 23/4/2020 en La Nueva España

y de culpa, de autoreproche por transmitir la enfermedad a otros y en especial a nuestros seres queridos. Culpa que también angustia. Nuestro designio es la soledad. La soledad, por tanto, es un atributo de esta infección. Cada vez que interactuamos con otras personas sentimos de modo solitario la incertidumbre de la contaminación. Si alguien entra en contacto con un infectado debe aislarse y pasar la cuarentena. El enfermo debe ser aislado. Si estás enfermo o se sospecha la enfermedad no puedes estar con los tuyos. La infección corta los lazos sociales y nos obliga a estar solos. Hasta la muerte, si es el caso.

Sentimos angustia y soledad en un contexto de desamparo y decepción. Los seres humanos crean estructuras sociales para protegerse y progresar. Desde la Segunda Guerra Mundial los ciudadanos del primer mundo hemos vivido con la sensación de que organismos nacionales e internacionales velaban por la paz, la salud y la lucha contra las desigualdades con más o menos acierto, pero sin graves distorsiones. Así durante décadas, transmitiendo la imagen de que el desarrollo tecnológico humano formaba un impenetrable escudo protector de nuestro bienestar. Hasta la llegada de la pandemia, en la que un virus mortífero se extiende sin que las autoridades sanitarias fueran capaces de anticipar el peligro y articular las medidas preventivas eficaces para proteger a la población y al sistema sanitario. Y con este fracaso reaparece la fragilidad del ser humano ante la naturaleza y la decepción porque las instituciones no han cumplido su papel. Somos frágiles y las protecciones endebles.

Así pues, estamos en casa angustiados, aislados, decepcionados y enfadados. La ira y la rabia se proyectan sobre unos dirigentes de liderazgo empobrecido a los que consideramos culpables de la situación por no haber tomado las decisiones adecuadas en el momento oportuno. Una situación que añade al aislamiento, la pérdida de libertad y la preocupación por familiares y amigos, graves problemas laborales, económicos y de convivencia. Así, el primer reflejo del confinamiento es la desigualdad: la dureza del encierro es distinta según el barrio y la casa.

Pero permanecemos en casa. Por el miedo a la infección renunciamos al mundo exterior, a la vida tal y como la vivíamos y en estado de conmoción nos recluimos. A la fuerza recuperamos el hogar, más que nunca espacio de refugio y seguridad. En él está lo que tenemos, sin decorados ni accesorios, como una realidad ineludible. Y alrededor, gracias a las tecnologías de la comunicación, familiares y amigos. Adaptarnos a este novedoso contexto implica cambios en la conducta y las relaciones.

Aunque nos resistimos, cambiar es difícil. Lo que pretendemos es recuperar rápido lo que teníamos, al margen de su bondad. Más vale lo malo conocido. Además, aparentemente no es tan malo porque como señala el filósofo Byung-Chul Han “hoy creemos que somos un proyecto libre que constantemente se replantea y se reinventa”. Trabajamos y consumimos a destajo bajo la regla de que todo es posible con proponérselo. Y si no se logra es porque no se hizo el esfuerzo suficiente. El “poder hacer” está en el espacio mental del individuo, por tanto, no tiene límite y es profundamente individualista.

Pero de repente un virus, que está en el mundo físico, nos despierta de la ensoñación del todo es posible. Por mucho esfuerzo que hagamos para rechazarlo, el virus sigue ahí y también la desolación que provoca. Lo sensato es encerrarse en casa. Y al volver al hogar debemos preocuparnos de nosotros mismos para cuidar a los demás. Recuperamos la responsabilidad del cuidado individual en aras de un bien colectivo. Esta es la esencia del cambio que sucede, restablecemos el espacio de la responsabilidad colectiva mientras aminoramos el individualismo

Y al establecer relaciones de cuidado mutuo en nuestros grupos de pertenencia, potenciamos la resiliencia, identificada como un poderoso factor protector de la salud mental en la adversidad. Obviamente dicha circunstancia no cambia las duras situaciones a los que las personas deben hacer frente, pero ayuda a llevarlas mejor.

Además, conservar este factor protector será muy importante para el largo camino tras el confinamiento. No inmunizará contra el sufrimiento pero ayudará a soportarlo. Es natural que ante las desgracias y los infortunios (y hay tantos en este momento), el ser humano responda con abatimiento, angustia o desesperanza, que menoscaban el bienestar físico y mental. Para salir adelante, el apoyo de la familia y los amigos ayuda a las personas a desplegar la capacidad y energía necesarias para procurar los cambios que mejoren su situación.

Porque en situaciones así es cuando podemos apreciar cómo la salud mental no es el producto exclusivo de habilidades mentales personales sino que está notablemente influida por el entorno. La realidad

que vivimos tiene gran impacto en nuestro estado mental y es necesario hacer cambios en dicha realidad para que el estado mental se modifique.

Por todo ello, si las personas, después de tanta adversidad, necesitan ayuda y tratamientos psicológicos o psiquiátricos deben recordar la influencia del trauma en su estado mental y hacer el esfuerzo de identificar qué cosas del entorno deberían cambiar para mejorar. Mantener esta actitud permitirá compensar la influencia del discurso “psicologizador” imperante en nuestra sociedad, que tiende a presentar este malestar como producto de déficits personales, trastornos o enfermedades, que inhabilitan a las personas y cercenan su potencial transformador.

B.F. Skinner, filósofo y psicólogo conductista, ya advirtió hace años de estos peligros: “recurrir a estados mentales y procesos cognitivos es una desviación que bien podría ser responsable de gran parte de nuestros fracasos en la solución de nuestros problemas. Si necesitamos cambiar nuestra conducta, solamente podemos hacerlo cambiando nuestro medio ambiente físico y social. Escogemos el camino equivocado desde el principio cuando suponemos que nuestra meta es cambiar ‘la mente y el corazón del hombre y la mujer’, en lugar del mundo que ellos viven”.

En definitiva, salir del confinamiento menos individualistas y más comprometidos con el bienestar propio y el de los demás facilitará mantener a raya la epidemia, y al mismo tiempo nos dará la oportunidad de establecer relaciones de apoyo que ayudarán, entre otras cosas, a cuidar de nuestra salud mental. Lo necesitaremos.

Salud Mental Infanto-juvenil en tiempos de pandemia

César Luis Sanz de la Garza.

Psiquiatra.

Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Mieres.

Presidente de la Asociación Asturiana de Salud Mental – AEN.

La pandemia del SARS-CoV-2 (COVID-19) está afectando a la vida de las personas en todo el mundo. Las medidas de aislamiento, distanciamiento social y suspensión de actividad laboral suponen un impacto todavía no definido al entorno social y familiar. Los niños y adolescentes están sufriendo de manera especial las consecuencias de esta pandemia, siendo espectadores del cierre de sus centros escolares, espacios de ocio y deporte, así como del distanciamiento de familiares cercanos que ejercían habitualmente de cuidadores [1]. Los padres se han visto obligados a simultanear el teletrabajo con la supervisión, apoyo y cuidados en el horario escolar de sus hijos, con el apoyo de los profesionales de educación que en algunos casos se han visto sorprendidos por un nuevo formato de tele-educación improvisada. Se ha instalado en la sociedad el miedo a un agresor invisible que está poniendo a prueba la resiliencia de las personas y la capacidad de adaptación de la sociedad y sus sistemas. La situación económica está empeorando

y el incremento de las tasas de desempleo está generando una gran presión sobre las familias. Desde el inicio de la pandemia se han producido restricciones en el acceso a servicios básicos como el sanitario y educativo. Los sistemas sanitarios se han tenido que adaptar a la demanda asistencial generada por la pandemia, reorganizando sus servicios y priorizando la atención a las personas más graves ingresadas en su mayoría en las unidades de cuidados intensivos. Priorizar el cuidado somático y la prevención de contagios supone asumir en el futuro el impacto en la salud mental de los pacientes y sus familiares cercanos. La pérdida de rutinas de niños y adolescentes ha generado un consumo añadido de dispositivos electrónicos, comunes ya en sus vidas antes de la pandemia. En tiempos de crisis económica las familias ven peligrar su statu quo, emergiendo situaciones de violencia familiar y crisis en las parejas. El estrés se ha instalado en la vida de las familias ante la menor libertad e injerencia en su privacidad. En la actual crisis del

COVID-19 se ha detectado un aumento significativo de violencia en los hogares que afecta significativamente a la salud mental de los niños y adolescentes, generando consecuencias a largo plazo [2]. En tiempos de crisis económica los datos de los estudios apuntan a una amenaza a la salud mental de los niños y adolescentes, con un aumento de las tasas de trastornos mentales en estas edades en especial en aquellos grupos socioeconómicos más vulnerables [3]. La cuarentena puede afectar significativamente a la salud mental como muestran las mayores tasas de síntomas de estrés postraumático, depresión e insomnio detectadas en los estudios [4]. La pandemia del COVID-19 representa la confluencia de factores de riesgo para problemas de salud mental en niños y adolescentes como la reorganización de la vida familiar, estrés masivo, miedo a la muerte de parientes más vulnerables, crisis económica que pone en peligro los sistemas de apoyo, acceso limitado a servicios de salud así como el riesgo de debilitamiento de la sociedad por la pérdida del grupo de pares, maestros en la escuela y actividades deportivas.

Esta pandemia no sólo es un momento de amenazas sino también de oportunidades para las familias que han superado con éxito las fases de escalada y desescalada, el reto de adaptación a nuevos confinamientos en la “nueva normalidad” y los preciosos tiempos de vida familiar surgidos en períodos de cuarentena. La resiliencia de niños y adolescentes se fortalece gracias a la convivencia de calidad con sus familias y las muestras de apoyo social en tiempos de individualismo colectivo [5]. Algunos niños

que atendemos en los servicios de salud mental infanto-juvenil han experimentado un impasse de alivio del estrés de sus agendas de actividades escolares y extraescolares. En otros casos donde las relaciones con sus iguales suponen la mayor fuente de estrés, han sorprendido a padres y profesionales de la educación con un mejor desempeño en las nuevas modalidades de teleeducación. Superar el estrés y el trauma fruto de la pandemia pueden conducir al crecimiento personal reforzando la competencia y la capacidad de afrontamiento antes estresantes futuros [6].

La salud mental de nuestros niños y adolescentes puede encontrarse en riesgo a consecuencia de esta pandemia. Durante la fase aguda el mayor riesgo ha venido asociado al distanciamiento social, aumento de la presión sobre las familias y reducción del acceso a los servicios de apoyo. Tras la pandemia, ansiedad, estrés y exposición a la violencia pueden ser algunos de los problemas que tendrán que enfrentar en primera línea los profesionales sanitarios de Atención Primaria. El riesgo para la salud mental asociado con la pandemia del COVID-19 ha afectado desproporcionadamente a niños y adolescentes desfavorecidos y marginados. Se debe poner un enfoque especial en estos niños para evitar agravar las desventajas preexistentes.

Ante todo esta pandemia, estresante y perturbadora, supone un reto para nuestra sociedad y una oportunidad para generar cambios que nos permitan dejar a nuestros niños y adolescentes un mundo más enriquecedor y sostenible.

Referencias bibliográficas

- [1] Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020 May 12;14:20. doi: 10.1186/s13034-020-00329-3. PMID: 32419840; PMCID: PMC7216870.
- [2] The Guardian. Lockdowns around the world bring rise in domestic violence. <https://www.theguardian.com/society/2020/mar/28/lockdowns-world-rise-domestic-violence>. 2020.
- [3] Paleologou MP, Anagnostopoulos DC, Lazaratou H, Economou M, Peppou LE, Malliori M. Adolescents' mental health during the financial crisis in Greece: the first epidemiological data. *Psychiatriki*. 2018;29(3):271–274. doi: 10.22365/jpsych.2018.293.271.
- [4] Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912–920.
- [5] Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience? *Can J Psychiatry*. 2011;56(5):258–265.
- [6] Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology—a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*. 2006;26(5):626–653.

Reflexiones sobre las repercusiones emocionales de la pandemia

Susana García Tardón.

*Facultativo Especialista de Área en Psicología Clínica.
Servicio de Salud del Principado de Asturias.
Cangas de Narcea (Asturias).*

Esta situación de alarma sanitaria que ha originado la expansión del coronavirus, el consiguiente confinamiento, con su desescalada y la actual nueva normalidad, nos ha colocado y nos está manteniendo en una situación tan insólita, tan imprevista, tan excepcional y desconcertante, que no tiene parangón, es la primera vez que pasamos por algo así de forma tan global.

Ha generado cambios en nuestros estilos de vida de forma radical, ha supuesto la alteración de las rutinas, de las actividades habituales, ha roto con la estabilidad personal previa, ha ocasionado cambios significativos en nuestras formas de relación, en las dinámicas de convivencia familiar, en los modos de manifestar nuestro afecto.

Nos está obligando a realizar adaptaciones; adaptaciones, en una situación tan extraordinaria, que está afectando profundamente a aspectos esenciales del funcionamiento y de las dinámicas personales y sociales.

En ocasiones el proyecto vital ha sido fuertemente golpeado, tambaleándose aquellos planes y direcciones que se habían trazado, ha puesto a los seres humanos en contacto con emociones y pensamientos difíciles con efectos sobre su salud mental.

Todos sentimos y percibimos la vulnerabilidad, a la que se ha sumado además la incertidumbre porque, por primera vez en décadas, hemos sentido que la ciencia todavía no tiene respuesta.

Esta nueva normalidad sigue siendo un terreno difuso y tan plural como lo era la normalidad a secas, pero con mayor incertidumbre, relacionadas con la enfermedad y sus posibles consecuencias; incertidumbre con el confinamiento, con la restricción, con el distanciamiento social, que no está siendo fácil cumplir. Hall, en el año 1968, analizó las distancias en las que las personas nos sentimos cómodas en la interacción social, según la relación que mantenemos con los otros; con nuestros amigos y familiares esta distancia se sitúa entre 45 a 125 centímetros, siendo menor en los países latinos, ¿y en el momento actual tenemos que mantener distancia mínima de metro y medio con nuestros seres queridos?.

Seguimos en época de cambios, no sabemos cómo cambiarán las cosas, pero sí presuponemos que, al menos en su forma y durante los próximos meses de “nueva normalidad”, vamos a seguir experimentando nuevamente primeras veces.

Existen evidencias de que las situaciones de confinamiento y cuarentena pueden tener un efecto psicológico amplio y sustancial, que puede ser duradero. El confinamiento aumenta la tensión psíquica, genera diversos niveles de malestar psicológico, dificulta la adaptación personal y relacional pudiendo tener consecuencias graves en la salud mental de las personas (Brooks et al., 2020).

Pese al impacto del confinamiento en el malestar psicológico y en las dificultades de adaptación, una amplia mayoría de las personas no sufrirán trastornos mentales a causa de ello. Dependerá de varios factores, entre ellos del contexto en el que está inmerso el individuo y de sus características personales (Taylor, 2019).

Aunque todas las personas tienen recursos y capacidades para poder afrontar los desafíos que la vida le presenta, hay algunas que son particularmente vulnerables y pueden necesitar de ayuda adicional: las personas mayores, los enfermos crónicos, cómo no, las personas que ya tenían en su mochila algún problema de salud mental, aquellas que viven en situaciones de frágil vinculación familiar o social, personas en situaciones de maltrato, de violencia de género, los menores que, además, han experimentado severas limitaciones en la interacción presencial con amigos en momentos evolutivos en los que el grupo de iguales es un referente insustituible.

Pero ya sabemos que no se clasifica el riesgo de padecer trastorno psicológico por haber estado o no confinados, o por ser o no población vulnerable, sino, sobre todo, por cuál es la situación amenazante que se ha

atravesado realmente o los factores contextuales con los que se haya tenido que lidiar.

No es comparable la situación de aquellas personas que han padecido la enfermedad, y han estado hospitalizadas y solas, sumado al profundo sufrimiento emocional de sus familiares que no han podido acompañarlos, dadas las estrictas medidas para la contención de la pandemia.

O en el caso de los familiares de las personas fallecidas que han tenido la imposibilidad de acompañar y despedir a su ser querido, incluso de poder verlo, unido a las restricciones en los rituales funerarios que limitaban el apoyo, estas situaciones podrán desencadenar duelos más complejos.

Qué decir de aquellas personas; mujeres, mayores, niños que han convivido con su agresor en casos de violencia machista o maltrato por parte de algún conviviente.

O si las condiciones de vida van a ser totalmente distintas a partir de ahora, si quedaron al paro sin subsidio, o se hundió su negocio o, peor todavía, si quedaron con un montón de deudas...

Cuanto mayor haya sido la experiencia traumática, mayor susceptibilidad puede darse de padecer un trastorno psicológico secundario a estas situaciones graves y determinantes. Son muchos los ámbitos relativos a la salud mental que pueden verse afectados en este periodo.

Todos los investigadores coinciden en que durante la pos-cuarentena, las mayores fuentes de estrés procederán del estigma de haber estado en contacto con el virus, de las pérdidas económicas y de los procesos de duelo sin elaborar.

Ya desde el inicio de la alarma sanitaria, iniciamos un ejercicio de valoración de las posibles secuelas y efectos que podría tener esta experiencia inaudita. Estábamos preocupados por cómo podría afectar en la salud mental la falta de socialización, el exceso de información, el sedentarismo, las horas sin trabajo ... Iban pasando los días y fuimos comprobando el aumento de la incertidumbre en lo económico, el miedo al contagio... El paso del tiempo comenzó a dejar huellas en la población.

En la desescalada, para la mayoría, salir supuso un alivio, pero otros han descubierto que no se estaba tan mal confinados.

Durante las primeras semanas de enclaustramiento hubo hasta un descenso de la tasa de suicidios y de las urgencias psiquiátricas.

El confinamiento había proporcionado una zona de “confort” a personas con problemas para relacionarse, a víctimas de acoso laboral o escolar, a personas con cuadros obsesivos o agorafóbicos. En definitiva, a todas aquellas personas que habitualmente viven su entorno como hostil y que ahora ven la salida como el regreso a la vieja normalidad, aquella en la que la realidad se confunde con sus peores temores y que por este motivo están incrementando síntomas a la hora del desconfinamiento.

Ahora además se están produciendo resistencias a salir por miedo real al contagio y a los temores latentes que recobran vida, y la respuesta fóbica aparece como una defensa “lógica” ante un objeto tan versátil, dañino e ilocalizable como el coronavirus.

Entender el sufrimiento y las reacciones psicológicas de las personas en su contexto específico es una tarea necesaria en esta crisis sanitaria.

Hay que ser cuidadosos en no psicopatologizar todos los malestares emocionales del confinamiento y de las consecuencias de esta crisis, no es la solución a los problemas contextuales. Es imprescindible el necesario abordaje del contexto en el que está inmerso el individuo y que, convenientemente, se debiera nutrir del trabajo de cooperación con profesionales procedentes de otras disciplinas de conocimiento y de todas las agencias con las que se comparte el objetivo común de promover el bienestar de las personas.

Es un hecho probado que “la justicia social es tan importante para la salud mental como la terapia y la medicación” como asevera Michael Bloomfield, del University College de Londres.

Como profesional implicado en la atención a la Salud Mental me surgen muchos interrogantes sobre el impacto que esta situación tendrá en la vida y la salud de población dada su magnitud y su carácter excepcional.

Mas teniendo en cuenta la incertidumbre que nos genera la falta de experiencias anteriores que nos sirvan de referencia para poder planificar cualquier tipo de intervención, los estudios publicados para hacer previsiones parten de situaciones previas diferentes a la actual.

Y con la prioridad en adoptar las medidas de seguridad como el distanciamiento social. Con esta pandemia la cercanía física/emocional, el apego, que es una de nuestras

principales fuentes de alivio, ha quedado interrumpida y aquello que nos calma ha pasado a ser peligroso.

Considero que en estos momentos se debe empezar a poner en un lugar prioritario la atención a las difíciles experiencias

emocionales vividas y a la salud mental en general. Aunque esta necesidad asistencial puede generar un aumento de la demanda que podría ser inasumible en los ya saturados servicios de Salud Mental. ¿Vamos a ser capaces los Servicios Públicos de dar la respuesta necesaria?

Referencias bibliográficas

- 1/. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet (London, England)*, 395(10227), 912–920. doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- 2/. Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, ... Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet. Psychiatry*, 7(4), e15–e16. doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X
- 3/. Consejería de Sanidad (2020). Plan de Atención Psicológica en pandemia por coronavirus COVID-19. Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- 4/. Documento Hospital Universitario Infantil Niño Jesús de Madrid.
- 5/. Documento del Ministerio: Sobreponerse al Estrés Agudo causado por SARS-CoV-2 (COVID-19). Reflexiones y recomendaciones para planificar actuaciones para la prevención y abordaje de Reacciones de Estrés Agudo en trabajadores sanitarios y otro personal de apoyo a la labor sanitaria con motivo de la crisis ocasionada por COVID-19.
- 6/. Duan, L., y Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(4), 300–302. doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0
- 7/. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. doi.org/10.3390/ijerph17051729

INFORMES

Manifiesto Forum Infancias Madrid

FORUM INFANCIAS MADRID es una agrupación de profesionales sensibilizados en cuidar y proteger la infancia y la adolescencia.

Somos profesionales comprometidos con la defensa de la vida, la ética y la ciencia, provenientes de distintas disciplinas: la **salud** (psiquiatría, psicología, psicoanálisis, neurología, pediatría, medicina familiar, psicopedagogía, psicomotricidad, terapia ocupacional...), la **educación** (maestros, educadores, profesores, orientadores, técnicos de integración...), los **servicios sociales**, la **filosofía**, la **antropología**, el **derecho**, el **periodismo**, etc.

FORUM INFANCIAS MADRID nace con el objetivo de presentar y plantear una mirada más respetuosa con la singularidad y la subjetividad de cada niño y cada niña. Por ello proponemos que se escuche el malestar psíquico desde la historia personal, los vínculos y el sentido de cada síntoma.

En nuestro tiempo los múltiples diagnósticos psicopatológicos y determinadas intervenciones terapéuticas simplifican o reducen las problemáticas infantiles al mero tratamiento de sus síntomas, sin tener en cuenta la complejidad de los procesos subjetivos que subyacen a ellos.

De manera esquemática y no siempre con rigor, se hacen diagnósticos y/o se postulan nuevos cuadros a partir de observaciones o agrupaciones arbitrarias de rasgos, a menudo basadas en nociones ya superadas, o confusas. Esto ocurre con el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el Trastorno del Espectro Autista (TEA), la Dislexia, el Trastorno Oposicionista Desafiante y otros trastornos más, lanzados como etiquetas, aunque maquillados de diagnósticos, que ofrecen, a su vez, la creencia de que la medicación resolverá todos los conflictos naturales (o no) de la vida.

Clasificadas como “enfermas”, las personas se convierten en “pacientes” y entran en un circuito de exámenes, tratamientos, terapias y medicaciones. La excesiva “medicalización” y “patologización” transforma, artificialmente, cuestiones no médicas en problemas médicos. Transforma los cuerpos pero también las subjetividades. Algunos problemas son presentados como “enfermedades” o “trastornos”, sin tomar en consideración los factores

Manifiesto Forum Infancias Madrid



psíquicos, familiares, sociales, culturales y políticos que afligen la vida de las personas. Incluso cuestiones colectivas son consideradas como individuales; problemas sociales y políticos se atribuyen a lo biológico.

No es nuestro propósito denostar los tratamientos con psicofármacos pero sí señalar que se recurre a ellos con preocupante facilidad para mitigar el malestar. Convivimos con el sobrediagnóstico: un síntoma no es suficiente para diagnosticar una supuesta enfermedad, generalizando un tratamiento igual para todos, y olvidando la singularidad de cada caso. Además, así se evita el tener que formularse preguntas acerca de las dificultades de los adultos para sostener, transmitir, y/o educar.

Consideramos que es fundamental diagnosticar, pero a partir de un análisis detallado de lo que el sujeto dice, de sus producciones y de su historia. El diagnóstico es algo muy diferente a poner un rótulo. Es un proceso que se va construyendo a lo largo del tiempo y que puede sufrir variaciones.

Las adquisiciones del desarrollo del niño se van dando en un tiempo que no es estrictamente cronológico. Los diagnósticos dados como etiquetas pueden ser claramente nocivos para el desarrollo psíquico de un niño/a si se presentan como “trastornos” de por vida, puesto que en lugar de reconocer un psiquismo en estructuración, al niño se le atribuye exclusivamente un déficit neurológico. De este modo, borrando su historia, se le niega el futuro como diferencia.

En muchas ocasiones es en el ámbito escolar donde se despliega el malestar. Cuando la escuela no respeta la existencia de distintos modos de acceder al conocimiento, cuando no reconoce que los niños/as son curiosos y movidos por naturaleza y olvida que aprenden desde el intercambio colectivo y creativo y no desde la acumulación de contenidos, a veces poco significativos, exige de ellos respuestas que no pueden dar. En este caso, no respeta sus necesidades ni potencialidades, no cabe la individualidad de cada uno ni las diversas modalidades de aprendizaje y convivencia, y estas diferencias pueden comenzar a percibirse como fuera de la normalidad.

Manifiesto Forum Infancias Madrid



Algunas escuelas e institutos son espacios que para funcionar necesitan creer en la existencia de un niño o niña ideal que se ajustaría a los estándares marcados por la administración, capaz de adaptarse a las normas y exigencias educativas preestablecidas. Esto parece garantizar la estabilidad del sistema, pero cuando el niño/a o adolescente no responde a las expectativas marcadas por el mundo adulto, el sistema se tambalea haciendo recaer en el alumno/a el origen de sus problemas. Bajo esta mirada se supone que es el niño/a quien tiene que ser señalado, tratado, reeducado, medicado.

Así, la diversidad parece que no enriquece. Son ideas estigmatizantes que interfieren en el recorrido educativo y vital del niño/a y del adolescente pero también en la capacidad del equipo educativo para intervenir, acompañar y ayudar.

¿Por qué FORUM INFANCIAS hace este planteamiento?

Porque los seres humanos en general, y los niños y los adolescentes en particular, son sujetos que traen en sus cuerpos y sus mentes marcas de su tiempo, de las esferas familiares, sociales, geográficas, históricas, políticas, culturales y psíquicas en las que se inscriben. Y porque creemos que asumir esta concepción del sujeto implica recordar que los modos de ser, actuar, reaccionar, afectar y ser afectado, de aprender y de lidiar con lo aprendido, y de relacionarse con los demás son socialmente producidos. Si en un determinado espacio-tiempo muchas personas presentan comportamientos considerados “inadecuados”, hay que entenderlos como frutos de la sociedad, como productos de la dimensión histórica en que viven.

Este modo de comprender lo humano se opone frontalmente a la realidad a la que asistimos en nuestros días, en el que normas artificiales son naturalizadas y presentadas como si fuesen normas biológicas y/o neurológicas. A las personas que viven y sufren la medicalización solo les queda el destino de vivir el estigma de la “enfermedad” que realiza una exclusión protegida y disfrazada por discursos de inclusión.

Por ello consideramos que, en lugar de etiquetar, debemos pensar qué es lo que se pone en juego en cada uno de los síntomas que los niños/as y los adolescentes presentan,

Manifiesto Forum Infancias Madrid



para ubicar ese padecer en su contexto y así evitar la banalización del diagnóstico y un uso excesivo de la medicación.

No es nuestro interés negar que haya un malestar psíquico, lo hay. Pero queremos poner el énfasis en que ese malestar es único y singular, y que su causa no es solo biológica sino que se encuentra en la historia de ese niño/a o adolescente, en sus relaciones y vínculos, deseos, identificaciones y en los distintos modos que cada uno/a tiene de lidiar con el conflicto.

Por todo lo anteriormente expuesto, proponemos que:

1. a todo niño/a y adolescente, por su sola condición ciudadana y en cumplimiento de lo estipulado en la Convención de los Derechos del Niño, se le garantice el acceso a la atención médica, psicológica y psicopedagógica de calidad, sin necesidad de ningún tipo de certificado ni diagnóstico invalidante, y sin restricciones.
2. la valoración de cada niño/a y adolescente sea realizada por profesionales expertos, y que se les otorgue la posibilidad de ser tratados de acuerdo con las dificultades específicas que presenta y desde un abordaje multidimensional.
3. se aumenten los recursos psicoterapéuticos de los equipos de Salud Mental Infante Juvenil.
4. los medios de comunicación no difundan paradigmas simplificadores de la complejidad de la vida psíquica de niños/as y adolescentes y no se sobrevalore la indicación de medicación en esas edades.

Por ello, defendemos una mirada en la que prime el respeto al niño/a y adolescente en su singularidad, que tenga en cuenta sus tiempos, que evite la medicalización y el etiquetado o diagnóstico excesivo y rápido. Queremos darle a cada niño un lugar propio, escuchando su historia, la de sus padres y abuelos, sus amigos de clase, su maestro, interesarnos por sus

Manifiesto Forum Infancias Madrid



dibujos, sus juegos, sus cuentos, su ropa, su cuarto, sus miedos y fantasías, sus angustias y, por supuesto, sus deseos.

Bajo estas premisas el FORUM INFANCIAS MADRID se constituye como un movimiento interdisciplinar que desea abordar los problemas de la infancia y la adolescencia con la idea de despertar en la sociedad una mirada crítica sobre la excesiva medicalización y patologización.

En una sociedad con prisa, que no tolera la pausa, donde no hay tiempo para un trabajo respetuoso ni para escuchar al protagonista, que es el niño, la niña o el adolescente, los adultos, damos una respuesta desde nuestro propio modo de ver el mundo, olvidándonos de la infancia. Así, violentamos los tiempos y las diferentes maneras que el niño tiene de enfrentarse a su malestar. Violentamos sus derechos y escuchamos, sin darnos cuenta, el malestar de los padres, de la escuela, y el malestar social proyectándolo sobre el niño a modo de chivo expiatorio.

La infancia vive tiempos en los que se pide a los niños y niñas que crezcan demasiado rápido. Si no nos agachamos o nos sentamos en el suelo para mirarles cara a cara, y jugamos a ser de nuevo niños; si les endosamos etiquetas y diagnósticos, que suelen denunciar también un malestar del adulto, arrasaremos la infancia con nuestros sermones, nuestras prisas y nuestra violencia para que los niños cumplan expectativas impuestas que nos les corresponden.

***“Cuando te gusta una flor la arrancas.
Pero cuando amas una flor,
la cuidas y riegas a diario.
Quien entiende esto,
entiende la vida”***

Mario Benedetti

Madrid, febrero del 2020.

RESEÑAS

ACT en la práctica clínica para la depresión y la ansiedad: una guía sesión a sesión para maximizar los resultados

M. P. Twohig y S. C. Hayes. Desclée De Brouwer, 2019

Se trata de una interesante obra que nos llega de la mano de uno de los propios fundadores de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Steven C. Hayes, quien ya ha publicado más de treinta libros. Hayes acumula como investigador más de 85.000 citas y su índice h es superior a 100 (más de cien publicaciones suyas tienen más de cien citas).

La obra comienza repasando los principios fundamentales de la terapia; aborda la distinción fundamental entre el yo como contenido y el yo como contexto, explora el aprendizaje del contacto con el momento presente, la práctica de la aceptación, la defusión, la elección de valores, etc. La exposición de los procesos funcionales sobre los que se trabaja tiene como objetivo último promover la flexibilidad psicológica, lo que es muy relevante teniendo en cuenta que la inflexibilidad psicológica es una dimensión transdiagnóstica universalmente presente en los trastornos mentales.

El interés de los profesionales de la salud mental (médicos, psicólogos, terapeutas, enfermeros) por esta terapia presenta una tendencia al alza, en buena medida impulsada por la enorme acumulación de evidencias empíricas que la avalan. No olvidemos que ACT es un modelo vinculado a un programa básico de investigación en procesos psicopatológicos y de cambio. Anteriores publicaciones se han centrado más en aspectos teóricos, de modo que lo relevante de esta novedad editorial es su carácter práctico, aplicado a un caso clínico concreto que permite comprender los procedimientos terapéuticos. Se trata por lo tanto de un libro que viene a complementar los anteriores que ya estaban disponibles. ACT permite a los terapeutas ser más eficientes y estar mejor preparados para ayudar a aliviar el sufrimiento humano. Para ello, utiliza gran número de ejercicios y metáforas que dotan de habilidades clínicas al profesional de salud mental, haciendo su lectura muy atractiva e interesante.

*David González Pando.
Facultad de Enfermería de Gijón (Asturias).*

IN MEMORIAM

Tiburcio Angosto Saura (1949-2020)

El psiquiatra de rostro humano

*Desde que te alejaste,
cuántos lugares se han tornado vanos
y sin sentido, iguales
a luces en el día.*

Jorge Luis Borges (Ausencia).

Desde que nuestro común amigo Federico Menéndez me comunicó la triste noticia, el 5 de febrero, no han parado de llegar mensajes, comunicados de organizaciones profesionales, notas de prensa, todas con un tono de elogio y cariño que nos acerca a una persona de concordia y tolerancia, que se apoyaba en el diálogo y el ejercicio de escuchar como una forma natural de ejercer la convivencia. Supo introducir este modo de actuar en su ejercicio clínico, como si hubiera sido un alumno aventajado de Francesc Tosquelles cuando este nos señalaba que *“Debemos y tenemos la necesidad de aprender primero la lengua del otro, es decir, que nuestro único diccionario debe ser el paciente”*. Saber escuchar fue una de sus virtudes.

Han sido 46 años en los que he tenido el privilegio de haber compartido el devenir de este amigo y compañero tan polifacético y comprometido con la salud mental pública de nuestro país. No sé amilanó y asumió las responsabilidades de dirigir la salud mental de dos comunidades autónomas (Murcia y Galicia). Se implicó en el movimiento asociativo llegando a ocupar el cargo de Vicepresidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría profesionales de salud mental, así como la dirección de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Sin embargo, creo que donde más disfrutó fue durante su participación en la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, un escenario desde el que colaboró en la modernización del sistema de formación MIR.

Las décadas de los ochenta y noventa fueron momentos de gran efervescencia en las políticas de la salud mental de España y Tiburcio junto a la generación democrática del 72, supo que las utopías se pueden llegar a tocar con la mano y todos pudimos ver cómo se iban cerrando las deficientes instituciones asilares. Ese esfuerzo fue compensado cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) lo implicó como consultor temporal en la reestructuración de los servicios de salud mental de América latina. Sé que desde Colombia echarán de menos su pedagogía y su saber.

Como buen maestro le gustaba transmitir todo lo aprendido en su vasta experiencia y en ese conocimiento enciclopédico surgido de sus infatigables lecturas. Estos días rememorando nuestras tertulias se me asemejaba a ese maestro librepensador de “La lengua de las mariposas” qué tan bien filmó José Luis Cuerda basándose en la obra de Manuel Rivas.

Ahora nos hemos quedado sin su palabra, sin su cariño, sin su entusiasmo y como nos decía nuestro amigo y compañero José Filgueira “*Lo difícil es acostumbrarse a echarlo de menos*”.

Creo que a él le gustaría que en este epílogo no dejara de mencionar a las dos mujeres que marcaron su vida, Marisu y Mar. Deseo que a ambas les agraden estas bellas palabras de Pablo Neruda que pueden servir de consuelo en esta despedida.

*Si de pronto no existes,
si de pronto no vives,
yo seguiré viviendo.*

*No me atrevo,
no me atrevo a escribirlo,
si te mueres.*

Yo seguiré viviendo.

*Porque donde no tiene voz un hombre
allí, mi voz.*

*Víctor Aparicio Basauri.
Psiquiatra.
Asturias.*

M.^a Eugenia Vigil Gutiérrez (1955-2020)

Una gran luchadora con un generoso corazón

Escribimos estas líneas, rotos por la pena, la tristeza y la rabia ante la pérdida, tan precoz de nuestra compañera Geni, como le gustaba que la llamaran las personas más cercanas. Su fallecimiento nos priva de una gran profesional, una referente en la atención a la infancia y la adolescencia y las familias de la Red de los Servicios de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), y de una persona entrañable, generosa y campechana. Sencilla y cordial en el trato, que no le gustaban los formalismos ni las ceremonias.

Recordando su trayectoria profesional y su carisma personal, intentamos como equipo transitar el doloroso camino del duelo y quedarnos con los mejores recuerdos de los momentos compartidos en las reuniones y en los momentos de descanso entre consulta y consulta.

María Eugenia comenzó su formación académica en la Escuela Universitaria de Magisterio. Una vez diplomada, se matriculó en la Facultad de Psicología. Obtenida la licenciatura, realizó una pasantía en el extinto Hospital Psiquiátrico Provincial de Asturias, coincidiendo con el proceso de desinstitucionalización. Además, ejerció como psicóloga voluntaria en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Avilés, en aquel tiempo denominado Centro para la Prevención de la Subnormalidad Infantil.

Se presentó a los exámenes de Psicóloga Interna Residente (PIR) del SESPA. Formó parte de la segunda promoción de psicólogas clínicas de nuestra autonomía y trabajó incansablemente por la implantación y creación de plazas de psicología clínica en los Servicios de Salud Mental del SESPA

Una vez finalizada su formación postgrado, aprobó las oposiciones de Psicóloga Clínica Adjunta. Asimismo, realizó una amplia formación en terapia sistémica, que continuó durante toda su carrera profesional.

Toda su formación de grado y postgrado, así como su labor profesional, la compatibilizó con su familia, su otra gran pasión.

Inició su práctica profesional como Psicóloga Clínica en el Centro de Salud Mental de Arriondas, vinculándose a la atención a la infancia y la adolescencia y las familias, al ser

una de las referentes del Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil, al que se dedicaría plenamente, cuando se traslada al Área Sanitaria de Avilés como miembro del Equipo del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (1992-2020).

Se la recordará por su defensa de los derechos y el bienestar emocional de los/as niños/as y adolescentes, su visión comunitaria de la salud mental, su reivindicación de trabajo en equipo interdisciplinar y la promoción e implicación en el trabajo de coordinación con los sectores de educación, servicios sociales, sanidad, justicia y de otras entidades involucradas en la vida de los niños/as.

El desarrollo impecable de su labor, avalado por una excelente formación, unido a su trato cuidadoso y cariñoso, ha dejado huellas indelebles en las/os niñas/os y adolescentes y en sus familias, a quienes ayudó y apoyó con auténtica dedicación durante su amplia trayectoria profesional.

Ha brindado experiencias únicas a los/las residentes y alumnos/as de psicología de quien fue tutora durante todos estos años.

Su forma desinteresada de transmitir sus conocimientos, su apoyo incondicional, su defensa a ultranza de sus causas y su forma desenfadada y graciosa de narrar los sucesos, nos ha dejado muy buenos recuerdos a las/os compañeras/os, que trabajamos con Geni.

Todas/os te decimos que siempre estarás presente en nuestros corazones y pensamientos. ¡Hasta siempre, Geni!

Alicia Fernández Villar (Trabajadora Social).

Aurelio J. Álvarez Fernández (Psiquiatra).

Avilés (Asturias).

Alberto Minoletti Scaramelli (1944-2020)

El incansable impulsor de la salud comunitaria, ha emprendido el vuelo

Ha muerto el Dr. Minoletti, Alberto Minoletti Scaramelli, Alberto para quienes fuimos sus compañeros, Tito para sus amigos.

Al escribir este breve texto en su homenaje no hemos podido dejar de acudir a sus propias palabras, cuando en 2006 se refirió en estas mismas páginas al Dr. Juan Marconi Tassara, su maestro, líder fundacional de la Psiquiatría Intracomunitaria, antecedente clave de los desarrollos en salud mental y psiquiatría comunitaria en Chile. Alberto destacaba en esa semblanza que el Dr. Marconi fue portador de ideas geniales, un maestro y un luchador social; un hombre que pasó por la vida dejando una profunda huella a su paso. “Su partida, para nosotros sus discípulos, nos provoca múltiples imágenes, emociones y reflexiones, tal como lo hizo en su vida profesional”, agregaba refiriéndose a su profesor.

El joven Alberto Minoletti no tenía claro si sus intereses correspondían a la psicología o la medicina. Eligió lo segundo y se desencantó prontamente de las estrechas posibilidades del ejercicio clínico de la época. Pero conoció a Juan Marconi, colaboró en sus encuestas poblacionales siendo un estudiante y descubrió la medicina social y salud pública. Cuando Marconi pudo ser profesor titular, decidió formarse como psiquiatra con él y con esa perspectiva.

En el contexto de la Reforma Universitaria, las aulas se mudaron al territorio y el grupo se instaló en la Población La Victoria, en el Consultorio Santa Anselma y en el Hospital Barros Luco. El sector sur de Santiago estaba creciendo fuerte, había mucha pobreza, servicios de salud carenciados y fragmentados y la academia tradicional no estaba muy interesada en esos lugares. Allí, junto a otros tres compañeros médicos en formación como psiquiatras, a jóvenes psicólogos/as, enfermeras y trabajadores sociales, Alberto contribuyó al desarrollo de la Psiquiatría Intracomunitaria, que está en las raíces de la salud mental comunitaria y la psicología comunitaria en Chile y América Latina.

En 1971 Alberto Minoletti se instaló en el norte chileno, en Antofagasta, junto con Alfredo Pemjean, compañero de camino durante el pregrado y la especialización, para construir allí

un polo de desarrollo en salud mental comunitaria. El Golpe de Estado, que interrumpió esa experiencia y el crecimiento del modelo comunitario en Chile, significó su destierro. El nombre de Alberto Minoletti puede encontrarse al terminar el doloroso y necesario recorrido por el Museo de la Memoria en la lista de víctimas de prisión política y tortura, elaborada por la Comisión Valech. Su formación oficial como psiquiatra la completó en Canadá. Estaba orgulloso de que los escenarios formativos que conoció en esa etapa de su vida no incluyeran ningún hospital psiquiátrico.

Regresó del exilio en 1984 y sus huellas se encuentran en el trabajo comunitario en la Villa Los Nogales y en el intento de levantar dispositivos de trabajo interdisciplinario en tratamiento ambulatorio y en rehabilitación en salud mental, innovadores para el país. En 1990, tras la derrota electoral de Pinochet, Alfredo Pemjean asumió el liderazgo de Salud Mental en el Ministerio de Salud y al año siguiente Alberto Minoletti se incorporó a su equipo como encargado de temas relacionados con alcohol. Seis años más tarde enrocarían esos roles. Si en esos primeros años se había dado comienzo a la reforma de la salud mental en Chile, a Alberto le correspondió liderar su consolidación, período marcado por hitos claves tales como el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, y la incorporación de la salud mental al sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), conjunto de beneficios garantizados por Ley para todos los chilenos.

Alberto fue parte de muchas iniciativas de salud mental comunitaria en distintos países del mundo, colaborando en iniciativas claves con la OMS, OPS o directamente con los países. Construyó así amplias redes de amistad y respeto con un gran número de compañeros de la salud mental comunitaria en los diferentes continentes.

En 2010, Alberto Minoletti se jubiló del Ministerio de Salud y se incorporó al equipo docente de la Unidad de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Su aporte allí fue decisivo. A su experiencia se sumaron como siempre su compromiso, su capacidad de trabajo, su rigurosidad, su generosidad, su apertura a nuevos aprendizajes. Con estos materiales nos impulsó a concretar antiguos proyectos y plantearnos nuevas tareas: el Observatorio de Derechos Humanos de Personas con Discapacidad, la aplicación en Chile del Programa QualityRights, Cursos sobre Recovery, Cursos y Diploma sobre Inclusión Social de Personas en situación de discapacidad intelectual, el Magister en Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, entre otros. Su impronta de maestro se profundizó en su trabajo docente dedicado y nutritivo.

Recordaremos por siempre al Alberto que amaba viajar, admirar y fotografiar pájaros en sus hábitats naturales, que leía con avidez sobre todo aquello que le interesaba, el mismo que trabajó con ahínco hasta un par de meses antes de que la enfermedad pusiera fin a su

vida. Él también fue portador de nuevas y buenas ideas, un maestro y un luchador por los derechos de las personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual. Sin duda un hombre que pasó por la vida dejando una profunda huella a su paso.

Gracias Alberto por tus ideas innovadoras, gracias por tu enseñanza comprometida y gracias por tu lucha por un mundo mejor.

Santiago de Chile, Octubre, 2020

Rafael Sepúlveda.

Programa de Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Pablo Norambuena.

Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile.

NOTICIAS BREVES

Apuntes para una psiquiatría destructiva. Caso estudio: La Cadellada

Del 17 de septiembre al 13 de Octubre de 2019 la Fundación Municipal de Cultura de Gijón programó una exposición dedicada a revisar la historia del Hospital Psiquiátrico de Oviedo, “*germen de los movimientos de alternativa a la psiquiatría y foco de las revueltas médicas del segundo franquismo*”. En la misma se expusieron distintos materiales audiovisuales, entre ellos un video de la década de los ochenta dedicado a la reforma psiquiátrica. Asimismo, se proyectó el film *Estado de malestar* de María Ruido (2019) y sendas entrevistas a Guillermo Rendueles y Víctor Aparicio. La exposición tuvo como curador a Alfredo Aracil y como productor a Sergio Redruello.

Los juzgados de Valladolid han anulado el nombramiento irregular de Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega

El Servicio Jurídico Regional de CCOO de Castilla y León ha conseguido anular el nombramiento como Jefe de Servicio de Psiquiatría en atribución temporal de funciones por no ajustarse a derecho. La Federación de Sanidad y Sectores Socio-sanitarios de CCOO (FSS-CCOO CyL) interpuso en su momento un recurso contencioso administrativo contra el nombramiento del director de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Zamora como coordinador de una alianza estratégica entre la citada unidad y el Servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega de Valladolid.

La alianza se fundamentaba en la existencia de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Zamora, también anulada a instancias de la FSS-CCOO CyL, y en el nombramiento como Jefe de Servicio de Psiquiatría de Atención Especializada del Área Oeste en atribución temporal de funciones, **lo que en la práctica suponía para esta persona (Dr. Manuel Ángel Franco), ocupar dos jefaturas de servicio contempladas en la plantilla orgánica en áreas diferentes** “en su fundamento de derecho tercero la sentencia afirma que aunque se le pudiera haber nombrado coordinador de la alianza estratégica, no podía hacerse como jefe de servicio ya que **las jefaturas de servicio deben cubrirse conforme a la norma, toda vez que son plazas contempladas en plantilla y en las que por tanto no cabe la atribución temporal de funciones**”.

Pedro Marina lidera la candidatura a AEN-Asturias

La Asociación Asturiana de Salud Mental (AEN) celebrará elecciones para una nueva junta Directiva el 7 de Octubre. El psiquiatra Pedro Marina encabeza la candidatura que se presenta a estas elecciones y que tendrá un mandato para los próximos tres años. Pedro Marina ha desarrollado hasta la fecha su actividad profesional en los servicios de salud mental del Principado de Asturias, ejerciendo distintas responsabilidades. Asimismo, ha sido miembro de la Junta Directiva de la Asociación Asturiana de Salud Mental y miembro del Comité de redacción de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria.

María Eugenia Vigil una pionera del buen hacer en salud mental infanto-juvenil

El 16 de septiembre en la web de AEN-ASTURIAS se publicaba el fallecimiento de “nuestra compañera, psicóloga clínica del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Avilés, María Eugenia Vigil Gutiérrez. Se nos ha ido una gran persona y figura clave para la Asociación desde hace más de treinta años. Sentimos mucho su pérdida y queremos transmitir desde la Asociación nuestro más profundo pésame a sus familiares y amigos más cercanos. Aunque no esté ya con nosotros, el recuerdo imborrable de su compromiso, vitalidad y bondad pervivirá siempre en nuestro recuerdo”.

“Salud mental para todos: mayor inversión, mayor accesibilidad” lema del Día Mundial de Salud Mental

Como cada año desde 1992 la Federación Mundial de Salud Mental promueve el Día Mundial de la Salud Mental. En esta ocasión la Federación Mundial está comenzando el 1 de septiembre de 2020 una Campaña Digital Global de 45 días de sensibilización sobre salud mental. Asimismo, también ha establecido una campaña de recaudación de fondos para apoyar a las ONG de salud mental en países de bajos ingresos para facilitar un mayor accesibilidad a la atención de salud mental.

Fallece el ex-presidente de la AEN José García González

Transcribimos la nota que realizó Víctor Aparicio Basauri para la web de AEN ASTURIAS: “Hoy 23 de marzo ha fallecido en el Hospital Monte Naranco de Oviedo el ex-presidente de la AEN (1983-1986) Pepe García. Era un psiquiatra con una amplia trayectoria profesional y había formado parte de los movimientos de vanguardia psiquiátricos que se iniciaron en el tardofranquismo, siendo un miembro activo de la Coordinadora psiquiátrica (1971-1975),

organización clandestina que impulsó la necesidad de cambios profundos en la atención psiquiátrica de esa época. Participó en las primeras experiencias de reforma psiquiátrica de la década de los años setenta como fueron la de los hospitales psiquiátricos de Oviedo y Conxo. Asimismo, en 1976 participa de una experiencia innovadora en el Centro psico-social de Ferrol. A partir de los cambios socio-políticos de 1982 se incorpora a la dirección de la salud mental de Asturias donde se inicia una segunda reforma psiquiátrica de carácter desinstitucionalizador que fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud como una de las más innovadoras y modélicas, lo que lleva a acreditarla como Centro Colaborador de la OMS. En ese tiempo va a formar parte de la comisión que redactó el documento que sentó las bases de la Reforma psiquiátrica en España (1985). En 1991 es nombrado Consejero de Sanidad y Servicios Sociales (1991-1995) y en 1999 es nombrado Consejero de Servicios Sociales en el Principado de Asturias. Se jubiló siendo Jefe de Servicio de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El nuevo informe de la OCDE alerta de un incremento de los problemas de salud y proporciona datos preocupantes sobre la salud mental

El último informe sobre el panorama de salud en Europa publicado en noviembre de 2019 por la Comisión Europea y la OCDE señala especialmente el auge de enfermedades ligadas a estilos de vida poco saludables. Actualmente más de un 30% de adultos vive con una o más enfermedades crónicas que reducen la esperanza y la calidad de vida. Un 56% de los adultos y un tercio de los niños presentan sobrepeso, condición que puede conducir a trastornos alimentarios y depresivos.

El envejecimiento de la población incrementa la demanda de cuidados informales a largo plazo, que recaen de forma asimétrica en la mujer incorporando a sus vidas una fuente de estrés adicional y una reducción del apoyo que puede afectar negativamente su salud mental. Actualmente una de cada 5 personas presenta un problema de salud mental durante el año (la mitad a lo largo de la vida), aumentando el riesgo potencial de muerte por suicidio asociado a los mismos. Las tasas de suicidio se han reducido en aquellos países que han implementado planes de acción, como Suiza, donde se observó una disminución del 40%. Este dato pone relieve la necesidad de contar lo antes posible con un plan para España.

Con respecto a los antipsicóticos, el informe recuerda los riesgos de salud asociados a su utilización y la disponibilidad de terapias no farmacológicas eficaces, abogando claramente por reducir un uso excesivo.

Un dato preocupante es que las personas con diagnósticos psiquiátricos tienen más probabilidad de recibir información contradictoria y un trato menos cordial en la atención sanitaria. Dado que una experiencia de atención positiva influye positivamente en los resultados, la OCDE

recomienda evaluar dicha experiencia de atención. Se apuesta, así mismo, por una atención interdisciplinar, temprana y de calidad, que incluya la prevención. El informe recomienda también el traspaso de tareas de médicos a enfermeros y otros profesionales con objeto de mejorar la eficiencia. Cabe recordar que el gasto directo de la atención a la salud mental representa el 1,3% del PIB de los países de la OCDE.

Oxford University Press publica: “*Del asilo a la comunidad: el legado internacional de Basaglia*”

Tom Burns (Universidad de Oxford) y John Foot (Universidad de Bristol) han coordinado la publicación de este libro que recoge el legado de Basaglia, a través de 21 capítulos, en diferentes países europeos (entre ellos España) y también su influencia en el continente americano. John Foot había publicado en 2015 otro libro sobre “El hombre que cerró los asilos: Franco Basaglia y la revolución de los cuidados de salud mental”.

OPS: Consejos para enfrentarse al estrés durante la pandemia

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) está desarrollando materiales en español para el abordaje de salud mental y atención psicosocial durante la pandemia del covid-19. Entre estos está un video muy instructivo de como enfrentarse al estrés.

<https://www.youtube.com/watch?v=8cIhYlwNp8A>

REUNIONES CIENTÍFICAS

XXXI Congreso APAL

26-28 Agosto 2021

Lima (Perú)

www.app.org.pe

XXV Curso Anual de Esquizofrenia

Noviembre 2021

Madrid

cursoesquizofreniamadrid@barcelocongresos.com

XXVIII Congreso de la AEN-PSM

Junio 2021

Barcelona

www.aen.es

Congreso de la Federación Mundial de Salud Mental

“Salud mental: una prioridad global”

2-5 Noviembre 2021

Londres

www.wfmh2021.com – info@wfmh2021.com

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. **Primera página**, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.
2. **Resumen**, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índice Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.
3. **Texto**, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:
 3. 1. **Introducción**: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.
 3. 2. **Sujetos (pacientes, material) y métodos**: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.
 3. 4. **Resultados**: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.
 3. 4. **Discusión**: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.
4. **Agradecimientos**: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. **Referencias bibliográficas (normas Vancouver):** se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.
6. **Tablas y figuras:** presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**

José Filigrama Luis
Ignacio López Fernández
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACION SIN HOGAR**

Mónica Tronchoni Ramos
Victor Aparicio Bassauri
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS

Andrés Cabero Álvarez
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DEFICITS Y TRATAMIENTO**

Berta Moreno Küster
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**

César Luis Sanz de la Garza
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LIMITE

Pedro Marina González
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 1, 2006



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**

Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA

Tiborcio Argandoña Saura
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 1, 2007



**PSICOTERAPIAS EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**

Paz Arias García
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 2, 2007



**REHABILITACION
PSICOSOCIAL**

José Juan Uñarte Uñarte
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 1, 2008



ARTE Y PSIQUIATRIA

Oscar Martínez Azumendi
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 2, 2008



SALUD MENTAL INFANTIL

Purificación Ripodas Eno
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 1, 2009



**ADHERENCIA
TERAPEUTICA**

José Luis Hernández Plata
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 2, 2009



**LA SALUD MENTAL EN
CENTROAMERICA Y R. DOMINICANA**

Victor Aparicio Bassauri
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 1, 2010



**SALUD MENTAL Y
EMERGENCIA HUMANITARIA**

Victor Aparicio Bassauri y Paz Arias García
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 2, 2010



CLÍNICA LITERARIA

Ramón Esteban Arnáiz
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental

I. Martínez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Baetida,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Lledo, C.
Mancano, C. Rapetto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 11, número 1, 2012



**SALUD MENTAL COMUNITARIA:
EL MODELO DE GIRONA**

Cristina Gisbert y Jordi Cid
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental

I. Martínez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Baetida,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Lledo, C.
Mancano, C. Rapetto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12 número 1, 2014



Cárcel y Salud Mental

Itzi Martínez
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 13 número 1, 2015



Automatismo Mental

José María Álvarez y Fernando Cóna
(Comentarios)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 15, número 1, 2018



Personas sin Hogar y Atención Comunitaria

Pedro A. María González
(Comentarios)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 16, número 1, 2019



Psicopatología Fenomenológica

Pedro A. María González
(Comentarios)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 17, número 1, 2020



Pensar el Suicidio: La Mirada Clínica

Juan M. García Haro
(Comentarios)

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 16 - Núm.1 - 2019

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación	7
Brevísima noticia de psiquiatría fenomenológica. Carlos Rejón Altable	9
Diagnóstico más allá de los síntomas: un enfoque centrado en el mundo de la vida de las personas. Marino Pérez-Álvarez	22
Amar la histeria. Tiburcio Angosto Saura	39
La biografía o como construir síntomas alucinatorios. M ^a Aránzazu Sánchez García	52
Vivir con dolor. Blanca Sánchez Gimeno	60
INFORMES Terapia electro-convulsiva en Asturias: comunicado de ocho asociaciones y contestación de la administración	73
RESEÑAS Manual de Psicopatología (Laura Martín y Fernando Colina)	82
Tratamientos psicológicos para la psicosis (Eduardo Fonseca Pedrero-Coord.)	86
IN MEMORIAM Juan Manzano (1939-2019)	88
Alberto Portera (1928-2019)	88
NOTICIAS BREVES	89
REUNIONES CIENTÍFICAS	94
NORMAS DE PUBLICACIÓN	95

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de **“La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.”** (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un **“Curso de Psiquiatría y Salud Mental”**.
- Publicación de la revista monográfica **“Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria”** de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menéndez de Llano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del **“Día Mundial de la Salud Mental”** que se celebrará el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Junta Directiva:

- Presidente: D. Pedro Alberto Marina González.
- Vicepresidenta: Da. Paz Arias García.
- Secretaria: Da. Carmen Rubio Otero.
- Tesorera: Da. Elena Pato Rodríguez.
- Vicesecretario: D. Álvaro Magdaleno Flórez.
- Vocal: D. Juan Manuel García Haro.
- Vocal: Da Margarita López Noche.

Miembros de honor:

Franco Rotelli (Trieste-Italia), José Luis Montoya Rico (Alicante)(+), Federico Menéndez Osorio (A Coruña) e Iñaki Markez (Bilbao).

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
aeasturias@hotmail.com
www.aeasturias.es

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

profesional de la Salud Mentas, con título de

que desempeña en (centro de trabajo)

y con domicilio en c/

Población D.P. Provincia

Tel e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D

D

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

N.º CUENTA IBAN

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma



