

## “LA PREVENCIÓN DE SUICIDIO NO SOLO ES POSIBLE, SINO NECESARIA Y URGENTE”

### ENTREVISTA A SUSANA AL-HALABÍ

#### REDACCIÓN DE INFOCOP

“*El suicidio es prevenible. De hecho, no enfrentamos a un problema que -por su propia naturaleza- solo puede ser abordado desde la prevención. Aun así, constituye uno de los problemas más importantes de la salud pública mundial*”.

Así lo afirma la psicóloga **Susana Al-Halabí Díaz**, en esta interesante entrevista que le hemos realizado con motivo de su participación, el próximo mes de julio, en el *IV Congreso Nacional De Psicología e International Symposium On Psychological Prevention*, impartiendo un Simposio patrocinado por El Teléfono de la Esperanza, bajo el título *Prevención de suicidio: desde la salud pública hasta el contexto clínico*.

Susana Al-Halabí es profesora del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo, Especialista Universitario en Terapias de Tercera Generación y está habilitada como profesional en Psicología General Sanitaria. Ha formado parte de varios proyectos de investigación financiados por la Comisión Europea sobre prevención de suicidio en adolescentes. En 2017 recibió un premio Fulbright para jóvenes investigadores, para realizar una estancia de investigación en el *Center for Practice Innovations-Suicide Prevention* de la Universidad de Columbia (Nueva York, Estados Unidos). También ha sido profesora visitante en el *National Suicide Research Foundation* de la Universidad de Cork



*Susana Al-Halabí Díaz*

(Irlanda). Es Editora Asociada de las revistas científicas españolas *Psicothema* y *Adicciones* y miembro de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.

#### ENTREVISTA

**InfoCop:** *De acuerdo con los últimos datos del INE sobre defunciones por causa de muerte, el suicidio se mantiene como la principal causa externa de muerte en España y constituye el principal motivo de defunción entre las personas de 15 a 39 años en nuestro país. A su juicio, ¿a qué puede deberse esta elevada prevalencia?*

**Susana Al-Halabí:** En efecto, se trata de un dato abrumador... Y aún más alarmante es el hecho de que, de acuerdo con algunas publicaciones, la discrepan-

cia existente entre los datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística y los Institutos de Medicina Legal hace pensar en una subnotificación del número de muertes por suicidio en nuestro país. Además, estas cifras no incluyen la ideación suicida o las tentativas de suicidio, que pueden ser hasta veinte veces más frecuentes que el suicidio consumado, con el subsiguiente coste social y sufrimiento personal que conlleva.

Explicar las causas de esta elevada prevalencia no es fácil, ya que, como en casi todos los fenómenos complejos, no hay una única respuesta. El suicidio no es algo que ocurra en el vacío, sino que tiene lugar en un contexto específico y en unas circunstancias determinadas de la vida de una persona, en las que la desesperanza y el sufrimiento cobran especial relevancia. Para explicar esta prevalencia tan preocupante podríamos empezar mencionando el entorno cultural en el que nos encontramos. Vivimos en una sociedad que penaliza las emociones negativas, la desdicha o el sufrimiento. Pareciera que alcanzar la felicidad fuera una cuestión de oficio, de voluntad o de aplicar el método correcto, sin más. El problema radica en que el ascenso de este tipo de ideología positiva (para los lectores interesados recomiendo la obra del profesor Marino Pérez Álvarez a este respecto) sanciona y sentencia a las personas que sufren, que padecen algún trastorno mental grave o que se encuentran pro-



fundamente solas o desorientadas. Este imperativo de felicidad junto con una sociedad cada vez más individualizada, en la que aumenta el número de personas solitarias que viven desprovistas de las certezas y los vínculos que hace algunas décadas proveían la familia nuclear y extensa, genera un caldo de cultivo para la desesperanza y el abismo del suicidio.

Por otro lado, podríamos mencionar otros motivos más directamente ligados al abordaje clínico del suicidio en España y que han sido señalados en publicaciones previas. Así, en nuestro país, la evaluación clínica del riesgo suicida se hace de modo deficiente y en muchas ocasiones no se lleva a cabo de forma comprehensiva, olvidando aspectos tan elementales como la existencia de antecedentes personales de tentativas suicidas. A pesar de contar con instrumentos específicos de evaluación de la conducta suicida (validados en población española) es infrecuente realizar un cribado específico debido, posiblemente, a limitaciones de tiempo en los servicios de salud o incluso a la falta de formación en suicidio de los profesionales implicados. Tampoco contamos con intervenciones específicas para poblaciones de riesgo; y, finalmente, no existe actualmente un plan nacional para la prevención de suicidio, a pesar de que la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud lo incluye como uno de sus objetivos. En mi opinión, éstos serían los motivos cardinales de la alta prevalencia de suicidio en España, pero casi con total seguridad podríamos encontrar otros muchos mediante un análisis más pormenorizado.

**I.: Como experta, ¿qué factores de riesgo se detectan en la conducta suicida, especialmente en la adolescencia?**

**S.A.:** Los modelos teóricos sobre el suicidio para la población general señalan que se trata de un fenómeno complejo y multifactorial, en el que están implicados diferentes factores de riesgo. No obstante, aun contando con múltiples estudios sobre los correlatos clínicos y sociales, aún persiste una notable falta de compresión de los mecanismos causales de los comportamientos suicidas, cuya ocurrencia sigue despertando sorpresa, incomprendión y vergüenza. Aunque tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado entre los varones de edad avanzada, en efecto, las tasas entre los jóvenes han ido en aumento hasta el punto de que ahora estos son el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países. En general, según la OMS, la presencia de trastornos mentales (especialmente depresión, TLP, esquizofrenia y los trastornos por consumo de alcohol) es un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte. Sin embargo, en los países asiáticos cobra mayor importancia la conducta impulsiva. De forma más precisa, podríamos hablar de factores de riesgo personales tales como intentos de suicidio previo, presencia de un trastorno mental (con especial atención a la depresión, como comenté previamente), trauma o abuso en el infancia, dolor crónico, desesperanza, antecedentes familiares de suicidio, factores biológicos, pérdida de empleo o dificultades económicas; factores relacionales como la presencia de conflicto, aislamiento y falta de apoyo social; factores comunitarios como desastres naturales y conflictos armados, discriminación y estrés por migración; factores sociales como la disponibilidad de medios letales, el estigma asociado a la búsqueda de ayuda psicológica y las dificultades de acceso a la atención sanitaria.

Tal y como comenté previamente, el caso de los adolescentes y los jóvenes es particularmente preocupante ya que, a pesar de haber sido identificado como un grupo de riesgo que requiere atención específica, sus tasas de suicidio no dejan de crecer. No cabe duda de que la conducta suicida en los jóvenes tiene ciertas particularidades, y éstas también están presentes en los factores de riesgo. Así, por ejemplo, de acuerdo con los resultados de un ensayo clínico llevado a cabo en Europa con más de once mil adolescentes, las conductas que correlacionan con un mayor riesgo de suicidio en esta población serían un escasa actividad física, dormir poco, consumir alcohol y tabaco, uso patológico de internet, preocupación por la orientación sexual, ser víctima de acoso escolar, ser inmigrante y la presencia de psicopatología como depresión, ansiedad, ansiedad sub-clínica, experiencias psicóticas y conductas autolesivas.

**I.: Aún hoy día, persisten en la sociedad determinados estereotipos en torno al suicidio, ¿considera que la existencia de estos mitos y creencias erróneas dificultan de algún modo la preventión y el correcto abordaje de esta problemática?**

**S.A.:** Sí, sin duda. El suicidio es una muerte acallada. En muchas ocasiones se vive con un atentado indescifrable, hermético contra lo que nos parece el principio “elemental” de conservación de la vida. Sin embargo, creo que todos podríamos empatizar con la idea de que las personas que se suicidan, por lo general, no quieren dejar de vivir, sino dejar de sufrir. Pero es difícil pedir ayuda o saber que ésta está disponible si no hay lugar ni momento para hablar de ese sufrimiento. Me pregunto cuántas personas saben que el suicidio es preve-

# EN PORTADA

nible, que se puede aprender a detectar las señales de alarma y nuevas estrategias de afrontamiento, etc. Lo que no se menciona no existe (ni siquiera en los planes de estudios de los grados universitarios vinculados a las ciencias de la salud). Cualquier otro problema de salud pública con la prevalencia de la conducta suicida, pero que fuera de carácter orgánico o una enfermedad física al uso, se abordaría con “naturalidad” en los medios de comunicación y sería motivo de conversaciones informales entre las familias o los amigos. La invisibilidad y el silencio son grandes contendientes de la prevención del suicidio y creo que esta variable, por sí sola, ya tendría un peso específico en esta elevada prevalencia. Además, los mitos sobre el suicidio incrementan el estigma sobre las personas que tienen pensamientos suicidas y suponen una barrera para la búsqueda de apoyo profesional, lo que a su vez supone un factor de riesgo para el suicidio. Existen creencias erróneas con gran raigambre popular como “el que realmente se quiere matar no lo dice”, “las amenazas suicidas son un intento de manipulación o una llamada de atención”, “preguntar a una persona sobre sus ideas de suicidio puede incitarle a que lo realice”, etc. Igualmente, la presencia de mitos y tabús sobre el suicidio no solo están presentes en la población general, sino también en los profesionales sanitarios. De hecho, este es un aspecto señalado en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida en el Sistema Nacional de Salud (GPC) como barrera para la prevención. A este respecto, actualmente se están desarrollando proyectos de investigación en Estados Unidos para dotar de una formación basada en la evidencia empírica a los profesio-

nales implicados en la asistencia a las personas con ideación y tentativas suicidas. Parece razonable pensar que ese sería un primer paso inexcusable en el correcto abordaje clínico y preventivo de este problema.

**I.: A pesar de que la cifra de fallecimientos por esta causa continúa siendo alta, con apenas un leve descenso, ¿es prevenible el suicidio? ¿Cuáles son las intervenciones más eficaces de acuerdo con la evidencia?**

**S.A.:** El suicidio es prevenible. De hecho, no enfrentamos a un problema que –por su propia naturaleza– solo puede ser abordado desde la prevención. Aun así, constituye uno de los problemas más importantes de la salud pública mundial. Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una muerte cada 40 segundos. En el año 2014, la OMS elaboró un informe con el objetivo de promover la atención de los gobiernos sobre este problema, afirmando categóricamente que su prevención no solo es posible sino necesaria y urgente. Asimismo, la Comisión Europea en su Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar incorpora la prevención del comportamiento suicida dentro de las cinco áreas de actuación prioritaria. También otras entidades, como la Sociedad Británica de Psicología o la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos señalan que la intervención temprana es fundamental para cualquier estrategia de prevención del suicidio. En todo caso, tal y como ha señalado la OMS, la prevención del suicidio requiere un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores, como por ejemplo los de la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la

religión, el derecho, la política y los medios de comunicación.

Respecto de la segunda parte de la pregunta, la Terapia Cognitivo Conductual y la Terapia Dialéctico–Conductual (DBT por sus siglas en inglés) son los tratamientos psicológicos con mayor evidencia empírica para la reducción de los comportamientos suicidas. Varios ensayos clínicos aleatorizados han indicado su eficacia para reducir la ideación suicida, prevenir la aparición de tentativas suicidas o su repetición, reducir el número de hospitalizaciones y reducir conductas auto-lesivas. Igualmente, la literatura científica también respalda el modelo de Evaluación Colaborativa y Control de las Tendencias Suicidas. Por otro lado, la ideación suicida y la desesperanza pueden variar considerablemente a lo largo del día, incluso de las horas, por lo que cobra particular relevancia contar con intervenciones breves que puedan ser utilizadas tanto en contextos ambulatorios como en los servicios de urgencias de un hospital, y que permitan que la persona se encuentre a salvo durante el riesgo de suicidio, que puede fluctuar a lo largo del tiempo. La intervención clínica llamada Plan de Seguridad también está considerada como una de las mejores prácticas de intervención breve. Esta intervención incorpora estrategias basadas en la evidencia científica para la reducción del riesgo suicida y está pensada para utilizarse en una única sesión, por lo que puede llevarse a cabo en cualquier contexto y resulta muy útil para las crisis suicidas, que habitualmente no suelen durar mucho tiempo. Asimismo, de una forma más general, los datos disponibles demuestran de forma contundente que la prevención y el tratamiento adecuados de la depresión y del abuso de alcohol y de otras sustancias reducen las tasas de suicidio, al igual que el contacto



periódico, la supervisión y el seguimiento de quienes han intentado suicidarse.

En cuanto a la prevención de suicidio en jóvenes y adolescentes, la máxima es que cuanto antes intervengamos, mejor. Así, las intervenciones potencialmente más beneficiosas que se han encontrado son los programas escolares de educación emocional y promoción de la salud mental (psicoeducación) combinados con cribados específicos. Aprovecho para señalar que, precisamente, este sería un campo de actuación que encararía perfectamente en la actividad profesional del psicólogo. La investigación también ha puesto de relieve la trascendencia de que los adultos que forman parte de la vida de estos jóvenes (profesores, padres, médicos de atención primaria o pediatras) conozcan las posibles señales de alarma.

**I.: ¿Qué papel juega y debe jugar la Psicología en este ámbito?**

**S.A.:** Considero que la Psicología tiene, al menos, un doble papel en el campo de la conducta suicida: el tratamiento y la prevención. Por un lado, creo que el enfoque funcional y contextual de la Psicología es fundamental para entender los problemas clínicos o existenciales, cuya doble vertiente comparte la conducta suicida. Las terapias psicológicas ofrecen la oportunidad de debatir acerca de tales problemas en un ambiente seguro, donde el psicólogo puede validar el sufrimiento de los pacientes o clientes a la vez que les orienta hacia la vida con nuevas estrategias de afrontamiento. De hecho, numerosos estudios han puesto de relieve el rol fundamental de las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a la ideación, las tentativas y la conducta suicida. En este sentido, la GPC del Ministerio de Sanidad recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psico-

patológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales del paciente, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de la conducta suicida, lo que constituye aspectos genuinamente vinculados a la Psicología.

Por otro lado, quiero reivindicar el papel clave que desempeñan los psicólogos en el campo de la ciencia de la prevención, y subrayar la necesidad urgente de desarrollar proyectos preventivos basadas en la evidencia empírica y guiados por estándares de calidad. A este respecto, recomiendo la lectura de iniciativas muy interesantes que se están llevando a cabo en Estados Unidos por equipos de investigación liderados por psicólogos como el Zero Suicide Model.

En todo caso, entiendo que es indiscutible la necesidad de un abordaje comprehensivo del suicidio desde una perspectiva amplia y multidisciplinar, sin excluir la atención procedente de otros profesionales de la salud mental.

**I.: Precisamente, usted hablará de todo ello el próximo mes de julio, en el marco del IV Congreso Nacional De Psicología e International Symposium On Psychological Prevention, durante el Simposio patrocinado por El Teléfono de la Esperanza, que impartirá bajo el título Prevención de suicidio: desde la salud pública hasta el contexto clínico. ¿Podría adelantarnos en qué consistirá y qué contenidos abordará?**

**S.A.:** Efectivamente, el próximo 22 de julio, en el marco del dicho congreso, tendrá lugar un simposio internacional en el que abordaremos múltiples niveles de intervención en la prevención del suicidio, que abarcarán desde las enseñanzas que podemos extraer de las estrategias nacionales de suicidio

recientemente implementadas en otros países, hasta el papel de los medios de comunicación y su responsabilidad en el efecto llamada, pasando por el manejo de la conducta suicida en contextos clínicos con población de alto riesgo y la asistencia telefónica en crisis, que constituye uno de los principales recursos de la población general.

Me gustaría aprovechar esta ocasión para agradecer a nuestro patrocinador, El Teléfono de la Esperanza, su respaldo a este simposio. Considero que es muy loable que esta ONG se comprometa con actividades académicas y científicas, además de desempeñar un relevante papel social en el abordaje urgente, gratuito, anónimo y especializado en las situaciones de crisis emocionales. Su patrocinio nos permitirá contar con ponentes de reconocido prestigio internacional, como la profesora Ella Arensman y el profesor Paul Corcoran, del National Suicide Research Foundation de la Universidad de Cork (Irlanda), la doctora en psicología Esther Jiménez, del Hospital Clínico de Barcelona y el psicólogo Pedro Villanueva, del Teléfono de la Esperanza.

Esperamos que el simposio suponga un lugar de encuentro entre profesionales y académicos que permita debatir y respaldar el papel de la Psicología en este importante problema de salud pública.

**I.: En su opinión, ¿piensa que el abordaje del suicidio cuenta con un soporte asistencial suficiente en España? ¿Qué mejoras serían necesarias en este sentido?**

**S.A.:** Lamentablemente, considero que el abordaje del suicidio en una necesidad que aún no está resuelta. En general, contamos con un conjunto de iniciativas fragmentadas con un desarrollo e implementación deficiente y sin intervencio-

nes específicamente diseñadas para las poblaciones de riesgo. En este sentido, me sumo a las demandas realizadas por diversas organizaciones científicas y profesionales, tanto nacionales como internacionales, que instan a trabajar en la prevención de este fenómeno complejo, cuyo abordaje no radica en una profesión en particular, sino que necesita de la colaboración global de todos los agentes sociales y sanitarios. Para generar un cambio real se requiere mayor investigación y conocimiento científico, el apoyo de la administración pública y la voluntad política, así como nuevas estrategias sociales y una respuesta nacional que permita alcanzar las metas señaladas por la OMS para la prevención de suicidio. No obstante, sería injusto no aplaudir las iniciativas y esfuerzos que ya se han llevado a cabo por parte del Estado y de otras entidades y profesionales del campo académico y profesional de múltiples disciplinas para poner en marcha

una actuación más que necesaria en nuestro país.

**I.: En línea con lo anterior, ¿qué importancia e implicaciones tendría la promulgación de una Ley Nacional de Prevención del Suicidio en nuestro país?**

**S.A.**: En los países en los que se han desarrollado políticas y planes de prevención bien estructurados han descendido significativamente sus tasas de suicidio, lo que avala las implicaciones positivas que tendría ponerlo en marcha en nuestro país donde, recordemos de nuevo, desde el año 2008 hasta la actualidad el suicidio es la primera causa no natural de defunción, superando a los accidentes de tráfico. Con una Ley Nacional de Prevención del Suicidio se podría contar con una respuesta multidisciplinar que prestara el apoyo y la atención necesaria a estas personas. Confío en que además se daría relevancia al papel imprescindible de las

intervenciones psicológicas y sociales y al trabajo de prevención, en aras de no empobrecer el abordaje terapéutico y reducirlo a una mera respuesta farmacológica de la que, por supuesto, los pacientes también podrían beneficiarse.

**I.: Para finalizar, ¿cuáles son sus expectativas con respecto a la celebración de este Congreso? ¿Desea añadir algún otro comentario?**

**S.A.**: Estoy ilusionada con la celebración de una nueva edición del Congreso Nacional de Psicología. Estoy segura de que será no solo una oportunidad formativa relevante y actualizada, sino también un lugar para establecer redes de trabajo e intercambiar experiencias con otros colegas.

Tan solo me resta agradecer al Consejo General de la Psicología de España y a la revista INFOCOP su interés en el Simposio y la oportunidad de responder a sus preguntas.



## Normas para la publicidad en las publicaciones del Consejo General de la Psicología de España

La Junta de Gobierno del COP ha tomado la decisión de acomodar, de forma más efectiva, el contenido de la publicidad que se inserta en sus publicaciones con los principios que respalda públicamente en torno a la defensa de la Psicología como ciencia y profesión.

La publicidad que se inserte en los medios de comunicación del COP se atenderá, en todos los casos, a los principios éticos, de decoro y de defensa de la Psicología como ciencia y profesión que son exigibles a una organización como el COP.

En este sentido, y desde hace ya bastante tiempo, la Organización Colegial ha venido manteniendo, en diversos foros tanto oficiales como profesionales, que la formación post-grado, referida explícitamente a algún ámbito de la Psicología, deberá estar encaminada únicamente a psicólogos. Así mismo, el COP, en su calidad de miembro de la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos), está comprometido con el desarrollo del Certificado de Acreditación para Psicólogos Especialistas en Psicoterapia, y los principios que lo sustentan, siendo uno de los más relevantes, la consideración de que la formación especializada en Psicoterapia debe estar ligada a una formación básica en Psicología, y articulada en torno a unos criterios exigentes de calidad.

En consecuencia, y con el ánimo de dar un mensaje claro y coherente a nuestros colegiados y a la sociedad en general, la publicidad de post-grado que se inserte en las publicaciones del COP deberá guardar las siguientes normas:

**1** Cuando se inserte publicidad en alguna de las publicaciones del Consejo General de la Psicología de España (Infocop, Infocop Online, Papeles del Psicólogo, Psychology in Spain, Boletines de distribución por correo electrónico) que haga referencia expresa o implícita a formación postgrado en algún campo de la Psicología, dicha formación deberá estar dirigida únicamente a psicólogos, y el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos.

**2** Cuando se inserte publicidad en alguna de sus publicaciones (Infocop, Infocop Online, Papeles del Psicólogo, Psychology in Spain, Boletines de distribución por correo electrónico) que haga referencia expresa o implícita a formación en el campo de la Psicoterapia, dicha formación deberá estar dirigida únicamente a médicos y psicólogos, y el texto del anuncio deberá decir expresamente que dicha formación está dirigida únicamente a psicólogos o médicos.

**3** En ningún caso, los anuncios insertados en cualquier publicación colegial podrán incluir referencia alguna a acreditaciones concedidas por sociedades nacionales o internacionales que no hayan suscrito los correspondientes acuerdos de reconocimiento mutuo con la EFPA (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos) o el Consejo General de la Psicología de España. Se excluyen de esta norma las acreditaciones concedidas por organismos oficiales españoles.

Consejo General de la Psicología de España