



TREBALL
FINAL DE
GRAU

OUT OF LIFE

El suïcidi juvenil i l'acompanyament des del Treball Social

Nom: Gemma Català Solé

Assignatura: Treball Final de Grau

Tutor: Oriol Segovia Minguet

Grau: Treball Social

Any acadèmic: 2019-2020

Data: 23 de juny 2020

Facultat d'Educació social i Treball social,
Fundació Pere Tarrés, Universitat Ramón Llull

*No hi ha cap problema filosòfic veritablement més seriós que el suïcidi.
Jutjar si la vida val la pena o no de ser viscuda,
és respondre a la pregunta fonamental de la filosofia. A Camús.
(Esquirol, 2018. Assaig sobre la vida humana)*

Out of life. El suïcidi juvenil i l'acompanyament des del Treball Social

Resum

Cada any se suïciden a Catalunya al voltant de 500 persones (Institut Nacional d'Estadística, 2018) d'aquestes, una petita proporció són joves i adolescents. Segons les dades de l'INE (2018) la xifra no supera el cinc per cent del total. Tot i així, és actualment una problemàtica de grans dimensions a escala mundial.

Estudis revelen que els menors de 13 anys pateixen menys per allò material i més per no trobar un sentit a viure. La ideació de mort sorgeix en edats més primerenques i les temptatives, descendeixen a mesura que maduren física i psíquica ment. El pensar més en la mort porta a reflexionar sobre què pot aportar des de la praxis el professional del Treball Social Sanitari, plantejant funcions essencials enfocades al canvi.

Els objectius de la recerca s'orienten en tres vessants que estableixen els fonaments de la intervenció del Treball Social: Els factors ambientals que condicionen a l'adolescent, les opcions d'ajuda actuals davant els pensaments/intents suïcides i poder veure, què fa la resta de l'Estat Espanyol des del Treball Social.

En el present estudi la metodologia emprada ha estat la revisió documental, consultant les bases de dades següents com a fonts principals: Dialnet, Sage Journals, PubMed, PsycInfo i Medline. Els criteris d'inclusió de la cerca han estat documents que incloguésin les paraules clau: edats compreses entre 9 i 25 anys, Catalunya, conducta suïcida, adolescents, treball social, abordatge sanitari, projectes a la resta d'Espanya. Aquesta cerca bibliogràfica ha estat en català, castellà i anglès, discriminant documents on l'antiguetat fos prèvia a 2005.

Davant l'escassa intervenció des del Treball Social en Centres de Salut Mental Infanojuvenil i l'absència del Treball Social en majors d'edat, duu a replantejar què pot aportar el Treball Social Sanitari com a professional social, establint funcions essencials per abordar aquest fenomen tabú en algunes cultures i tant estigmatitzat en la societat actual.

Les funcions del TS estan encaminades a oferir estratègies per a la prevenció del suïcidi des de Salut Mental, fomentar el treball envers l'autoestima i detectar a temps factors ambientals que causen estrés per a protegir al menor.

Els principals resultats de la recerca s'enfoquen a la vessant multicausal del suïcidi, donant importància en responsabilitzar a l'entorn de l'adolescent, a la societat civil i a

les entitats socials en quant a la prevenció i comunicació. La finalitat és treballar en un mateix objectiu: acompanyar a construir vides dignes de ser viscudes.

Paraules clau: Adolescents, suïcidi, Salut Mental, Treball Social, Catalunya.

Resumen

Cada año se suicidan en Cataluña alrededor de 500 personas (Instituto Nacional de Estadística, 2018) de éstas, una pequeña proporción son jóvenes y adolescentes. Según los datos del INE (2018) la cifra no supera el cinco por ciento del total. Aún así, es actualmente una problemática de gran tamaño a escala mundial.

Estudios revelan que los menores de 13 años sufren menos por lo material y más por no encontrar un sentido a vivir. La ideación de muerte surge en edades más tempranas y las tentativas descienden a medida que maduran física y psíquicamente. El pensar más en la muerte conlleva reflexionar sobre qué puede aportar desde la praxis el profesional del Trabajo Social Sanitario, planteando funciones esenciales enfocadas al cambio.

Los objetivos de la investigación se orientan en tres vertientes que establecen los fundamentos de la intervención del Trabajo Social: Los factores ambientales que rodean al adolescente, las opciones de ayuda actuales ante los pensamientos o intentos suicidas y qué hace el resto de el Estado Español desde el Trabajo Social.

En el presente estudio se ha empleado como metodología la revisión documental, consultando las siguientes bases de datos como fuentes principales: Dialnet, Sage Journals, PubMed, PsycInfo y Medline. Los criterios de inclusión de la búsqueda han sido las palabras clave: edades comprendidas entre los 9 y 25 años, Cataluña, conducta suicida, adolescentes, trabajo social, abordaje sanitario y proyectos en el resto de España. Esta búsqueda se ha realizado en catalán, castellano e inglés, discriminando documentos donde la antigüedad fuera previa a 2005.

Ante la escasa intervención del Trabajo Social de Centros de Salud Mental Infantojuvenil y la ausencia del Trabajo Social en la intervención con mayores de edad, lleva a replantear qué puede aportar el Trabajo Social Sanitario como profesional social, estableciendo funciones esenciales para abordar este fenómeno tabú en ciertas culturas y tan estigmatizado en la sociedad actual.

Las funciones del TS están encaminadas a ofrecer estrategias para la prevención del suicidio desde Salud Mental, fomentar el trabajo ligado a la autoestima y detectar a tiempo factores ambientales estresores para proteger al menor.

Los principales resultados del estudio se enfocan en la vertiente multicausal del suicidio dando importancia en responsabilizar al entorno del adolescente, a la sociedad civil y las entidades sociales en cuanto a la prevención y comunicación con

los jóvenes. La finalidad es trabajar en un mismo objetivo: acompañar a construir vidas dignas de ser vividas.

Palabras clave: Adolescentes, suicidio, Salud Mental, Trabajo Social, Cataluña.

Abstract

Every year around 500 people commit suicide in Catalonia (National Statistics Institute, 2018) of these, a small proportion are young people and adolescents. According with the NSI (2018), the figure does not exceed five percent of the total. Still, it is currently a large problem worldwide.

Studies reveal that children under 13 suffer less for material things and suffer more for not finding a meaning to live. The ideation of death arises at earlier ages, and attempts descend as they mature physically and psychologically. Thinking more about death leads to reflect on what the professional of Social Health Work can contribute from praxis, proposing essential functions focused on change.

The research objectives are oriented in three aspects that establish the foundations of the Social Work intervention: The environmental factors that surround the adolescent, the current help options for suicidal thoughts or attempts and what the rest of the Spanish State does from the Social work.

In this study, has been used the document review as the first methodology, consulting databases like: Dialnet, Sage Journals, PubMed, PsycInfo and Medline. The inclusion criteria of the bibliographic search were the keywords: Youth, Catalonia, suicidal behavior, adolescents, social work, health approach, projects in the rest of Estapnya. This search has been in Catalan, Spanish and English, discriminating documents where the seniority was prior to 2005, dealing with the target population: young people between 9 and 25 years old.

Given the lack of intervention from CSMIJ Social Work and the absence of Social Work in adults, it leads to rethink what Health Social Work can contribute by establishing essential functions to address this fact, both taboo in some cultures and so stigmatized in today's society. .

The functions of the TS are aimed to offer strategies for the prevention of suicide from Mental Health, promoting work towards self-esteem and detecting environmental stressors in time to protect the minor.

The most important results of the research are focused on the multicausal factors of suicide, giving importance on holding the youth environment, civil society and social entities responsible for prevention and communication with young people. The aim is to work on the same objective: to accompany the construction of lives worth living.

Key words: Chilhood, suicide, Mental Health, Social Work, Catalonia.

Índex de continguts

1. Introducció i justificació.....	p.10
2. Pregunta inicial i objectius.....	p.12
3. Metodologia.....	p.13
<u>4. Marc teòric: Suïcidi, fenòmen i contextualització.....</u>	<u>p.18</u>
➤ 4.1 Trets diferencials entre suïcidi, temptativa i conducta de risc	
➤ 4.2 Una mirada per les teories del suïcidi (s. XIX i XX)	
➤ 4.3 Epidemiologia global i d'infants i joves	
<u>5. Adolescents i joves en la realitat suïcida.....</u>	<u>p.36</u>
➤ 5.1. Un pas per la convenció dels drets humans	
▪ 5.1.1 Dret a la mort: Tenen veu els menors?	
➤ 5.2. Factors protectors i factors de risc en adolescents	
○ Determinants socio-econòmics	
○ Factors acadèmics	
○ Antecedents familiars	
○ Antecedents personals	
<u>6. Abordatge i acompanyament del suïcidi des del Treball Social.....</u>	<u>p.55</u>
➤ 6.1 Deontologia del Treball Social	
➤ 6.2 Abordatge del Treball Social Sanitari a l'Estat Espanyol	
➤ 6.3 Treball Social Sanitari i suïcidi a Catalunya	
➤ 6.4 Prevenció global com a principal estratègia d'abordatge	
<u>7. Anàlisi i discussió.....</u>	<u>p.73</u>
<u>8. Conclusions.....</u>	<u>p.87</u>
<u>9. Bibliografia.....</u>	<u>p.93</u>
<u>10. Acrònims.....</u>	<u>p.99</u>

Índex de taules i gràfiques:

Taula 1. Comportament en l'acte suïcida.....	p.21
Taula 2: Principals models sobre la conducta s.XX	p. 28
Taula 3. Posició d'Espanya en relació al fenomen del suïcida.....	p.30
Taula 4. Número de suïcidis per edats i sexe a Espanya l'any 2017.....	p.31
Taula 5. Número de suïcidis per sexes a Espanya entre l'any 2016 i 2017.....	p.32
Taula 6. Una mirada a l'Estat del suïcida.....	p.32
Taula 7. Dades a Catalunya per sectors sanitaris, 2016.....	p.34
Taula 8. Divisió provincial del fenomen a Catalunya, 2018.....	p.34
Taula 9. Mapa de països on és legal l'eutanàsia.....	p.43
Taula 10. Exemple de país on és legal sol·licitar morir.....	p.44
Taula 11. Factors de risc de conducta suïcida avaluats.....	p.46
Taula 12. Principals factors de risc amb adolescents que pateixen TMS.....	p.48
Taula 13. Factors de risc significatiu d'intent de suïcida en joves i adolescents.....	p.50
Taula 14. Factors de risc i protectors més comuns en els adolescents, 2018.....	p.55
Taula 15. Comunitats Autònomes que incorporen el TS en la intervenció.....	p.57
Taula 16. Fases en l'abordatge del suïcida en dos circuits. CSMA i CSMIJ.....	p.60
Taula 17. Ítems per avaluar el risc suïcida adolescent.....	p.65
Taula 18. Exemplificació del circuit amb el Codi Risc Suïcida al Baix Llobregat Nord.....	p.69

1. Introducció i justificació

En els darrers anys ha augmentat progressivament la prevalença del suïcidi juvenil, posicionant-se com a segona causa actual de mortalitat entre els joves de 16 a 25 anys al nostre territori, i a nivell global ha duplicat les xifres dels accidents de trànsit.

El present estudi parteix de les intervencions actuals del treball social sanitari per a oferir al lector una fotografia de l'escenari en el que ens trobem, definint quines funcions realitza la professió amb els adolescents i joves que presenten ideacions autolítiques. Sorgeix l'interés per a l'elaboració del treball per un ambient laboral rodejat d'adults que pateixen trastorns mentals severs i expressen en la seva majoria, el desitg d'acabar amb la seva vida o haver-ho intentat. El fet de veure un patiment cronificat en adults duu a replantejar què s'està treballant amb la petita infància i l'adolescència per a potenciar el treball des de la prevenció. La recerca pretén fomentar la consciència sobre les capacitats del treball social sanitari, per a poder tenir més presents les seves funcions i habilitats principals. Posicionar aquesta figura en la capacitat d'atendre en aquestes situacions de risc, donarà lloc a relacionar el treball social no únicament amb funcions assistencials, sinó també, com a eina per a potenciar el canvi social.

Per a la pràctica professional, poder unificar criteris és essencial per a treballar amb els adolescents i joves i que hi quedin reflectides és donar un lloc a les accions que es poden dur a terme des d'aquesta vessant professional en els diferents entorns sanitaris. Donar pes a les capacitats del professional social, ocasiona que els equips de salut multidisciplinars puguin comprendre la necessitat d'incorporar-ne la figura. Realitzar un estudi amb aquest enfoc, permetrà ampliar el coneixement científic en comparar la realitat de l'abordatge actual amb la necessitat d'abordatge actual.

Catalunya, ha estat pionera en incorporar un programa que porta de nom Codi Risc Suïcida, al mateix temps, no ha hagut una prioritització per a la vessant social per a intervenir en aquests casos, pel que les figures socials, en queden absents. Degut al buit en la recerca bibliogràfica en el territori català, es decideix poder indagar com funcionen els i les treballadores socials a la resta de comunitats autònomes de l'Estat Espanyol en centres de salut.

La recerca portarà a raonar les diferents teories sobre el suïcidi juvenil tenint en compte les perspectives d'autors, investigadors i tècnics experts sense buscar una

causa concreta per explicar el desencadenant de tot suïcidi, ja que hi poden condicionar determinants biològics, socials, psicològics, malalties mentals, i antecedents familiars com a factors més comuns. L'objectiu principal és esbrinar com intervé la figura del treball social en la prevenció, detecció i intervenció de tractament en persones que realitzen un intent o tenen ideació suïcida en la població diana escollida: adolescents i joves dels 9 als 25 anys.

2. Pregunta inicial i objectius

L'estudi parteix de la següent pregunta inicial: **Quines són les funcions del Treball Social Sanitari en la intervenció del suïcidi infanto juvenil a Catalunya?**

La pretensió del treball és realitzar una recerca àmplia fonamentada en teories del suïcidi que parlin de les necessitats dels adolescents per a comparar l'abordatge en la realitat actual a Catalunya mitjançant polítiques de prevenció, detecció i intervenció per a descobrir si la figura del treball social participa activament o bé, plantejar possibles línies d'abordatge i intervenció des del TS Sanitari.

Objectiu general

Analitzar les funcions del Treball Social Sanitari en l'abordatge del suïcidi infantojuvenil a Catalunya.

Objectius específics

OE1: Determinar els factors de risc i protecció que influeixen actualment en la població infanto juvenil davant la intencionalitat suïcida.

OE2: Identificar les bases metodològiques dels principals programes de l'abordatge en prevenció, detecció i intervenció en el suïcidi infanto juvenil des del Treball Social Sanitari a Catalunya.

OE3: Comparar les funcions del TS Sanitari dels diferents Plans de Salut d'Espanya que atenen el suïcidi infanto juvenil.

3. Metodologia

El present estudi de caire exploratori es fonamenta en lectures de professionals experts, intervencions actuals des del Treball Social, l'anàlisi dels diferents plans de salut territorials i la narrativa en primera persona d'un TS Sanitari expert en la unitat de conductes autolítiques juvenil a Catalunya. Recull les principals aportacions d'autors significatius en el món del Treball Social, la psiquiatria i la psicologia basant-se en eminències com Emile Durkheim, Marie Bardet, Boris Cyrulnik que ofereixen un gir a la visió tradicional d'aquest fenomen i porten a plantejar línies de futur innovadores.

Mostra: El present estudi recopila 75 documents amb els següents criteris d'inclusió: Adolescents, suïcidi infanto-juvenil, factors protectors i factors de risc, dret a la mort, salut mental, mitjans de comunicació, programes d'èxit d'intervenció, funcions en la intervenció del Treball Social a Catalunya i també a la resta de l'Estat.

Instruments i tècniques: Per a la recopilació d'informació per a el·laborar el marc teòric s'utilitzaran diferents fonts. Inicialment s'establirà contacte amb psiquiatres, psicòlegs i treballadors social especialitzats en l'àmbit d'adolescència en risc en context de temptatives suïcides o ideació suïcida.

A través d'entrevistes semiestructurades, es realitzaran preguntes obertes als diferents professionals que facilitarà el diàleg obert amb l'entrevistat, per a poder definir de manera detallada des de la pràctica professional, una descripció de la realitat dels programes de suïcidi Catalans.

Es realitzarà una entrevista estructurada a un Treballador Social que aborda els casos d'intents autolítics a l'Hospital Sant Joan de Déu. L'entrevista s'elaborarà amb una fase d'investigació prèvia profunda per assegurar que les preguntes escollides corresponen a l'objeje d'investigació.

En tercer lloc, es fonamentarà la recerca en bases de dades; Dialnet, Sage Journals, PubMed, PsycInfo i Medline, entre d'altres esmentades anteriorment.

Aquest procés serà dividit en les tres fases seqüencials - derivatives següents:

Fase I:

- Objectiu: Analitzar bibliografia, lectures i documentació sobre el fenomen del suïcidi infanto juvenil.
- Instruments: Revisió documental de la literatura científica.

- Mostra: N= 50 estudis que aborden la problemàtica de la població infanto-juvenil.
- Criteris d'inclusió: adolescents, edats compreses entre els 9 i els 25 anys, amb ideació o temptativa suïcida, residents a Catalunya. Anys de publicació posteriors a 2005. Paraules clau per a la cerca: Adolescents, suïcidi, Salut Mental, Treball Social, Catalunya.

Fase II:

- Objectiu: Analitzar els factors de risc i factors protectors en la infància i adolescència amb ideació suïcida.
- Instruments: Revisió documental.
- Mostra: Mostra: N= 20 estudis enfocats a factors de risc i protectors.
- Criteris d'inclusió: adolescents, factors de risc, factors protectors, edats compreses entre els 9 i els 25 anys, amb ideació o temptativa suïcida, residents a Catalunya. Anys de publicació posteriors a 2005. Paraules clau per a la cerca: Factors protectors, factors de risc, estressors ambientals, adolescents, suïcidi, Salut Mental, Treball Social, Catalunya.

Fase III

- Objectiu: Contrastar les dades adquirides de la situació actual a Catalunya amb la resta de l'Estat. Concretar les funcions principals del Treball Social en aquest fenomen.
- Instruments: Revisió documental de Plans de Salut i Guies el·laborats a Catalunya i la resta d'Espanya.
- Mostra: N= 12 Plans de Salut en relació al suïcidi a Catalunya i la resta de l'Estat.
- Criteris d'inclusió: Plans de salut mental, participació Treball Social, adolescents, edats compreses entre els 9 i els 25 anys, Anys de publicació posteriors recents entre 2017 i 2020. Paraules clau per a la cerca: Plans de salut mental, prevenció suïcidi, adolescents, suïcidi, Salut Mental, Treball Social, Catalunya.

Fase IV

- Objectiu: Establir les funcions específiques del TS a l'Hospital de Sant Joan de Déu (unitat d'intents autolítics) com a únic referent diferenciador d'actuació en el territori Català.
 - Instruments: Entrevista a Treballador Social A.B.G. per a conèixer l'abordatge del Treball Social en adolescents que presenten intencionalitat suïcida o intents.
 - Mostra: N= 6 documents sobre intervenció a l'Hospital Sant Joan de Déu.
- Criteris d'inclusió: adolescents, edats compreses entre els 9 i els 25 anys, amb ideació o temptativa suïcida, residents a Catalunya. Anys de publicació posteriors a 2015. Paraules clau per a la cerca: HSJDD, intervenció Treball Social, adolescents, suïcidi, Salut Mental, Catalunya.

Els aspectes ètics de la investigació compresos són els següents:

1. Contrast de la informació de la recerca de literatura científica per afavorir la rigorositat en la descripció dels diferents objectius de la recerca.
2. Mètode rigorós i ètic, basat en experiències professionals, amb el consentiment informat verbal de qui hi participa.
3. Qualitat i veracitat de la informació, escollint aquella que sigui significativa per a la recerca.
4. Difusió possible dels resultats, amb cura d'aquella informació personal i el secret professional en aquelles experiències que puguin relatar professionals, o bé programes d'intervenció específica que ho requereixin.

Es presenta el següent cronograma que va establir-se com a organitzaió inicial com també, el que finalment ha estat la recerca real de l'estudi. Inicialment va plantejar-se de la següent manera:

Octubre 2019	Definició del tema i elaboració del pla de treball
Novembre 2019	1. Justificació, necessitat d'abordar la temàtica 2. Recollida de dades de la situació actual d'abordatge a Catalunya (2a i 3ra setmana) 3. Conceptes clau: models actuals de treball des de les

	<p>autoritats (Generalitat, Departament de Salut...)</p> <p>4. Conceptes clau i recerca bibliogràfica dels principals agents de salut que intervenen.</p>
Desembre 2019	<p>1. Repàs de la justificació, ampliar conceptes i relacionar autors.</p> <p>2. Enviar proposta de marc teòric, definir la hipòtesi i relacionar conceptes clau.</p> <p>3. Escollir conceptes en els que es vol enfocar i aprofundir la recerca. Pensar en idees per a entrevistes a professionals.</p> <p>4. Plantejar hipòtesi definitiva.</p>
Gener 2020	<p>1. El·laborar i revisar possibles entrevistes, mostra disseny i instruments.</p> <p>2. Recollida de dades i repàs de la part inicial del treball.</p>
Febrer 2020	<p>1. Recollida de dades i transcripció d'informació oral recollida.</p> <p>2. Repàs de tot l'estudi.</p> <p>3. Revisió concordança objectius - temàtica exposada.</p>
Març 2020	<p>1. Presentació organitzada dels resultats</p> <p>2. Setmanes de marge per a aplicar conceptes i revisar entrevistes.</p>
Abril 2020	<p>1. Redacció de les dades obtingudes en el marc teòric, anàlisi i discussió de resultats.</p> <p>2. Revisió de les actuals fonts bibliogràfiques.</p>
Maig 2020	<p>1. El·laborar les conclusions.</p>

Per tal de poder donar rigorositat al projecte i per condicionants externs a la recerca, obliga a canviar i ampliar les fases de l'estudi. La falta d'intervenció del treball social sanitari a Catalunya dóna lloc a poder preguntar a professionals de primera línia quines funcions aborden. S'inclouen dues fases més, que comprenen la recerca d'actuacions a la resta de l'Estat Espanyol, i una entrevista profunda a un professional clau per a conèixer com es treballa en un dels hospitals pioners a Catalunya amb intents autolítics.

La temporalitat final del treball en cada una de les fases acaba sent la següent:

Etapes	Tasques	Octubre				Novembre				Desembre				Gener				Febrer				Març				Abril				Maig				Juny			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Definició de la temàtica																																					
Justificació	El·laborar introducció i justificació en relació a la necessitat de la recerca.																																				
	Recollida de dades a nivell estatal i de Catalunya.																																				
Marc Teòric	Definir els conceptes claus de l'estudi: Suïcidi, temptatives, ideació autolítica.																																				
	Cerca bibliogràfica en diferents bases de dades.																																				
	Definir autors clau per a la recerca.																																				
	Relacionar els autors amb els objectius de l'estudi																																				
	Relacionar la informació trobada amb els tres objectius específics de l'estudi.																																				
Metodologia	Definició de la metodologia, instruments i objectius.																																				
	Definir la mostra i l'entrevista																																				
	Recollida de dades																																				
Resultats	Presentació organitzada dels resultats																																				
Anàlisi i Discussió	Relació dels resultats trobats amb els objectius i fonamentació teòrica.																																				
Conclusions	Establir les principals conclusions																																				
Bibliografia	Organitzar tota la bibliografia utilitzada.																																				

Durant els primers mesos s'el·labora la proposta de treball, justificació i introducció en relació a la necessitat de la recerca. Es recullen dades a nivell de l'Estat Espanyol i també a nivell Català. Duran el marc teòric acaben de definir-se els autors essencials i relacionar amb els objectius principals del treball. La metodologia es concreta com a exploratòria per aprofundir sobre el fenomen concret i es realitza la recollida de dades. La part final del treball que engloba resultats, anàlisi i discussió i conclusions es veu condicionada per la situació excepcional laboral havent-la de realitzar en mesos posteriors als plantejats.

4. Marc teòric: Suïcidi, fenòmen i contextualització

Sota la ideologia judeu-cristiana, el suïcidi a occident ha estat durament condemnat durant molts anys. Els poders polítics i religiosos no toleren com a possibilitat l'autoassassinat infantil.

Bougrab (2011) autora del llibre *Quand un enfant se donne la mort*, parla que en cada època ha hagut una interpretació en base a aquest fet de manera que diferents autors van posicionar-se: Plató (350 aC) tolerava, Aristòtil (342 aC) condemnava, l'antiguetat romana valorava la possibilitat suïcida, l'ideologia cristiana estigmatitzava, l'església ho considerava pecat mortal i Erasmo (1502) considerava que eren persones sabies, ja que decidien posar fi quan estaven cansades de la vida.

A Europa, els poders públics es mantenen passius davant un fenomen en constant creixement (Bardet, 1997). Tot i així, les societats contemporànies comencen a entreveure aquesta tragèdia des de fa alguns anys. La crisi econòmica dels darrers temps, ha estat un factor que ha augmentat considerablement el suïcidi a Espanya.

Durant la Il·lustració, la corrent intel·lectual de pensament que va dominar Europa i especialment França durant gairebé tot el segle XVIII, es polaritzen dues opinions. Rousseau (1762) es posiciona davant el dret a lliberar-se de la vida, mentre que segueix sent un tabú pels sacerdots de l'església catòlica, els cures. Finalment Durkheim (1985) considerat un dels pares de la sociologia, és qui planteja que el suïcidi és un tema social. Com afirma l'autora Bardet (1997), el suïcidi no és un acte aïllat, es relaciona al context social, econòmic i relacional de la persona, pel que poden intervenir factors de prevenció en nens i adolescents promovent bons lligams familiars i entorns de respecte, amor, i contenció emocional.

El suïcidi, l'acte pel qual una persona es provoca la mort de manera voluntària, és la segona causa de defunció entre els joves de 15 a 29 anys (OMS, 2018). A l'Estat Espanyol moren el doble de persones per suïcidi que per accidents de trànsit, i és la primera causa de mort externa. Com a fenòmen social, es manifesta de manera individual i té les seves causes i s'expressa, en les arrels culturals i socials.

Segons la Real Acadèmia Espanyola (RAE, 2019), el suïcidi és l'acció de treure's voluntàriament la vida. La Organització Mundial de la salut (OMS) parla de suïcidi com un atemptat contra la pròpia persona, amb un grau variable en la intervenció de voler morir.

Bardet (1995), explica que suïcidi prové del llatí *suicidum* suí (de sí, a sí) i de *caedere* (tallar i matar). Apareix com a concepte fa més de 200 anys. Antigament, es parlava de crim d'un mateix.

Diferents autors han relacionat el suïcidi amb aspectes culturals, religiosos o bé amb teories i tècniques terapèutiques.

La biblioteca Nacional de Medicina (BNM 2020) parla del suïcidi com a un problema de salut pública, on tals efectes causen impacte més enllà de la persona que consuma l'acte fent que pugui ser un efecte perllongat en família, amics i comunitats.

Consultant la opinió pública en diferents fòrums de la xarxa, la societat relaciona tal com els autors, principalment Emile Durkheim, que esdevé un problema social:

"Vivimos en un mundo deshumanizado donde nos inducen intereses políticos, económicos y religiosos, que ha olvidado el significado del bien, la justicia y la dignidad, y así se trasmite a los más pequeños. Cuando un joven se suicida es un fracaso de todos y cada uno de nosotros".

"Los orientadores comprobamos que bastantes veces los campos de recreo son sinónimos de campos de terror para algunos alumnos. Desgraciadamente poco se puede hacer. Los profesores tienen miedo; los padres tienen miedo; las autoridades se "pelotean" los casos, les restan importancia".



Foto: Stefano Pollio. Apoyo psicológico, la mejor ayuda para quienes piensan en el suicidio.

BNM (2020), defineix diferents criteris en el seu estudi pels quals una persona pot estar en risc suïcida. Parla de que el suïcidi no discrimina i engloba prèvies temptatives, trastorns de salut mental, abús de substàncies, antecedents familiars amb TMS, abusos físics o sexuals, aconteixement estressants vitals (pèrdua de feina, problemes econòmics, ruptures), i comprendre edats entre 15 i 25 anys, o bé, més de 60.

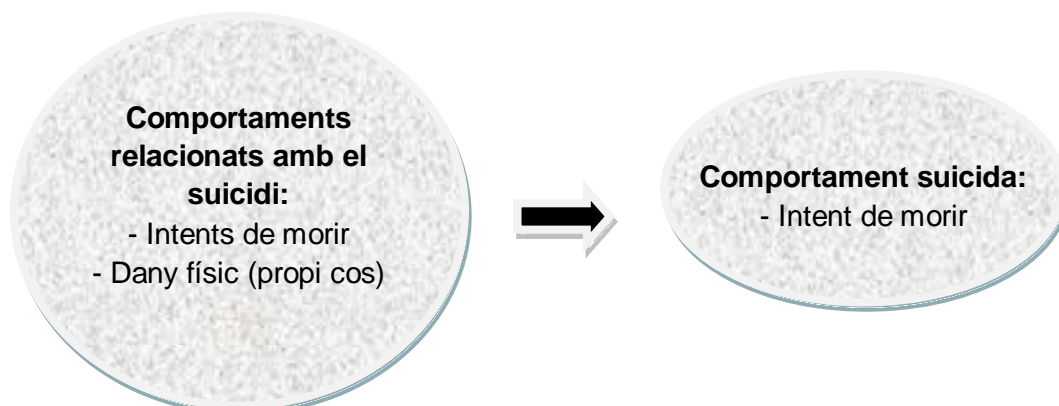
El suïcidi infanto juvenil és una causa present en les nostres societats, Cirulnik (2014) en el seu llibre *Cuando un niño se da muerte*, destaca que el sentit de mort entre els menors va modificant-se amb l'edat i mai és el mateix que es té amb l'edat adulta. Parla de diferents factors que poden ocasionar patiment a l'infant o adolescent, com les transformacions en les civilitzacions (els fluxos migratoris i les conseqüències del desarrelament), produïnt canvis en les societats amb els vincles de dependència. Defineix aquest, com un problema complex social, amb factors que entren en joc tant individuals com familiars rellevants, en el que la societat hi té molta feina.

Los adultos no suelen darle importancia a los menores cuando hablan de no querer vivir, porque creen que es una idea loca que ronda por su mente -señala Leonardo Ajha, psicólogo del Programa La Casa. Sin embargo, esa idea no entra en la cabeza de un niño sin motivo. Siempre es reflejo de que algo grave está sucediendo. Y por lo general se trata de conflictos familiares. (Autor de l'article: Los niños suicidas, 2004).

Pedreira (2020) ex-president de la secció de Psiquiatria Infantil de l'Associació Espanyola de Pediatria i psiquiatria de l'Hospital Niño Jesús de Madrid, explica que el suïcidi infanto-juvenil no és un fet comú però tampoc un fet aïllat. La persona ha de verbalitzar explícitament el desig de mort, per tant, tenir consciència de mort. I la consciència de mort, apareix entre els 9 i 11 anys, tot i que a partir dels vuit, molts nens comencen a comprendre l'acte i a realitzar preguntes als adults.

Diferencia Silverman (2007), en el llibre *Ideations, communications and behaviors* la conducta suïcida en dos escenaris diferents, els comportaments relacionats amb el suïcidi del comportament suïcida:

Taula 1. Comportament en l'acte suïcida:



Elaboració gràfic: font pròpia

Considera les ideacions i amenaces suïcides de risc baix i moderat, i els gestos suïcides i temptatives de risc alt.

4.1 Trets diferencials entre suïcidi, temptativa i conducta de risc

L'adolescent tanteja amb la mort a través de temptatives o conductes de risc, però no essencialment suposarà un intent de suïcidi. L'autora Bardet (1995), diferencia el suïcida, persona que fa l'intent, del suïcida potencial, persona amb tendència a l'intent.

Presenta l'estadística d'un 30% a 50% de casos que s'han suïcidat on almenys han fet una temptativa prèvia. La intenció de donar-se mort ha estat per a obtenir un canvi d'estat físic o psíquic, l'anomenada "crida d'auxili".

Descrui les conductes de risc en els casos que la mort no és buscada de manera conscient, com *aun coqueteo con ella*. En la mateixa línia, Castro (2020) psiquiatra a ITA (Unitats especials a trastorns en relació a la salut mental) parla de l'autolesió no suïcida com a conducta intencionada i directa, que causa danys sense finalitat suïcida. Remarca diferents senyals d'alarma que posa en joc el col·lectiu adolescent, mostrant-se en conductes de risc:



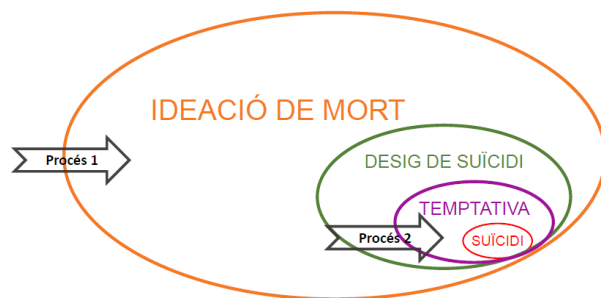
Font: Pinterest

- Distants, evitatius.
- Talls, cremades, rascades, cops.
- Portar roba inadequada.
- Expressar idees relacionades amb l'autolesió.
- Portar objectes que tallin.

Estableix com la primera autora, una diferenciació de la ideació de mort amb el desitg de suïcidi i les temptatives.

De l'acció temptativa també posa en evidència la OMS (2017), que per cada mort, es realitzen 20 temptatives. Els Serveis Integrals de Psicologia (SIPS 2017), informen que la temptativa de suïcidi provoca en els familiars i persones de l'entorn

una angoixa important i una elevada responsabilitat en quant a suport i vigilància de la persona que l'ha dut a terme, ja que denota la freqüència en tornar-ho a intentar. La major part de persones que han consumat el suïcidi, havien fet prèviament temptatives, necessitant essencialment l'ajut professional per a modificar la intencionalitat suïcida.



L'autor Nock (2010), i Castro (2020) aborden el període de risc entre els 12 i els 25 anys d'edat. El 23% s'ha autolesionat almenys una vegada. Lleugerament, és superior l'índex de dones en població clínica. Engloba persones amb dificultats per a expressar i regular emocions, tals com també destaca el col·lectiu **transgènere i bisexual**.

Klonsky (2007). Explica que és per tal d'evitar emocions com la tristesa i la ràbia, evitar pensaments com l'autocrítica, obtenir cura i atenció i obtenir sensació de control.

4.2 Una mirada per les teories del suïcidi (s. XIX i XX)

Filòsof i escriptor, Schopenhauer (1776) va evidenciar que la persona que es dona mort, voldria viure. La prevenció del suïcidi per tant, la justifica en aquesta paradoxa.

Entre els anys (1772- 1840) el suïcidi es considerava un *desarreglo psíquico*. Esquirol (2015) psiquiatra, afirmava: "El hombre solo atenta contra sus días en estado de delirio". Es considerava que partia del psiquisme i interferien causes personals i íntimes.

Avui en dia, els psiquiatres veuen l'acte suïcida de manera profundament patològica, però també afirmen que no tot acte suïcida és consumat per un malalt mental.

Durant el segle XIX, **va explorar-se per separat la bogeria i les relacions socials** ja que les teories anteriors no evidenciaven diferències entre els pensaments suïcides i conductes suïcides. Per tant, no tots els adolescents que tenen ideació suïcida acaben fent temptatives (Klonsky & May, 2014).

L'enfoc dels diferents autors han condicionat a les societats del moment la perspectiva suïcida. L'autor pioner en parlar de suïcidi fou Durkheim (1897) sociòleg francès, qui abordà el suïcidi com una qüestió que es trobava més enllà de la pròpia acció individual. Explicava el finalitzar la vida de manera voluntària en relació al context social en què es trobava l'individu. L'autor realitzà un estudi en el qual demostra com el suïcidi és quelcom més que una acció individual. Durkheim (1897) amb el canvi de paradigma que aporta en la seva lectura *El suicido*, en relació a les estadístiques mundials, va mostrar que el suïcidi és un fet que no només es pot explicar per determinants individuals, sinó en la integració dels individus en la societat.

Parla de tres tipus de suïcidi, l'altruista, aquell que el context afavoreix l'acte on la persona ho realitza convençuda de que rendeix un servei a la col·lectivitat (com els màrtirs cristians). En segon lloc el suïcidi egoista, on la persona sent insatisfacció en l'aparent llibertat que gaudeix l'individu, tal com les nostres societats occidentals actuals. I per últim, el suïcidi anòmic, realitzat per persones que viuen en societats que pateixen de canvis tecnològics forts, crisis econòmiques o altres factors d'important impacte on els principals punts de referència o pilars s'ensorren.

Al llarg del segle XX es desperta un gran interès per l'abordatge de la conducta suïcida, com també es reflexa la complexitat de donar resposta a les causes que l'ocasionen. A dia d'avui, segueixen sent insuficients, pel que hi ha molts dubtes en relació a aquest fenomen.

És per això que al segle XX, es busca una explicació psicosociològica del fenomen i en la primera meitat del segle XX, el suïcida es considera no només una víctima de la societat, sinó un humà que està ambivalent entre dificultats psicològiques **per carències amb l'entorn social**.

De la mateixa manera que Durkheim, l'autor Hernández (1987), també defensa que els suïcidis són sempre actes amb un **significat social**: els individus que els realitzen ho fan per comunicar alguna cosa tant a si mateixos com als altres.

Poc més tard és Baumeister (1990) qui desenvolupa la teoria "de escape" del suïcida, la qual veu aquest fenomen com un intent per escapar la consciència repugnant d'un mateix.

Considera el suïcida com una fuga de el Jo. Segons Baumeister, hi ha sis passos que condueixen a l'suïcida i si algun d'ells no passa, no es produirà el suïcida; però si els sis estan presents intentar evitar un suïcida és impossible. Descriu els passos com els següents:

- 1. Un fracàs, un desengany quan no s'acompleixen les expectatives.
- 2. Atribucions internes: un es culpa a si mateix de l'fracàs. Si un culpa a successos externs de l'fracàs, un no se suïcida. També assenyala Baumeister que una autoestima baixa crònica no és el major factor de risc.
- 3. Un estat aversiu d'autoconsciència. Un es veu a si mateix com no atractiu, incompetent, dolent i culpable. Però l'essència d'aquest estat és la comparació d'un mateix amb uns estàndards socials.
- 4. Un afecte negatiu, un malestar emocional. El suïcida que percep que passa alguna cosa dolenta amb ell experimenta ansietat, depressió, culpa i vergonya. El Jo es percep com a negatiu, sorgeix un gran malestar i el subjecte el que busca és l'oblit, la pèrdua de la consciència. Per a això explica que només hi ha tres camins: les drogues, la son o la mort, sent la mort, la gran anestèsia de la natura, la més definitiva.
- 5. Deconstrucció cognitiva. El suïcida intenta escapar fugint cap a un estat d'adormiment per mitjà d'una deconstrucció cognitiva. També hi ha evidència que no poden pensar bé sobre el futur.

- 6. Desinhibició. La majoria de la gent té una inhibició i por a fer-se mal a un mateix. També és veritat que en aquesta última fase molts suïcides recorren a l'alcohol o altres drogues per afavorir aquesta desinhibició.

Aquests són els sis passos. La motivació, segons Baumeister (2005), és escapar de el Jo, de l'autoconsciència, l'oblit.

El psicòleg clínic Shneidman (1985) va ser considerat pare de la Suicidologia moderna per ser pioner en el camp de la prevenció i atenció del suïcidi. Els anàlisis de l'esdeveniment suïcida i les conductes autodestructives, poc simplistes i unidimensionals, van crear la consciència científica sobre veure el suïcidi com una crisi psicològica.

Feia dècades que es pensava que només els malalts mentals es treien la vida, i no obstant això, els estudis que va realitzar amb el seu equip de treball, van mostrar que només el 15% dels suïcides eren psicòtics. Va considerar que més que una malaltia mental, el **fort dolor psicològic** (psychache) resultava ser el major comú denominador del comportament suïcida. En les seves pròpies paraules: [El suïcidi és] l'acte conscient d'autoaniquilació, que s'entén com un malestar pluridimensional en un individu que percep aquest acte com la millor solució.

Una proposta de Beck (1978) és la tècnica de la reestructuració cognitiva. És una eina reconeguda a nivell mundial elevadament efectiva per a tractar o eliminar **l'ansietat la depressió i l'estrés**. La idea és abordar patrons cognitius, creences disfuncionals per a tractar de modificar-los o debilitar-los.

Bardet (1995) diferencia el concepte bogeria i suïcidi, destacant que depenent de la cultura en la que es trobava la persona, ha estat senyalada per la societat coma boja. Des de l'estudi de l'inconscient del psicoanàlisi, el suïcidi es defineix com l'ambivalència entre voler viure una altra vida i alhora, voler morir.

La teoria de la **depressió** per desesperança de Beck i Abramson (2000) és un dels diferents models explicatius adreçats a intentar proporcionar una explicació a el motiu o als factors que incideixen en l'aparició de la depressió i en relació, la ideació suïcida. S'estableix l'existència d'una vulnerabilitat de base que facilitaria que, a l'afrontar una situació estressant, la persona pugui caure en una depressió.

Generalment la presència d'aquests estils facilita que aparegui un tipus de depressió anomenada per desesperança, que es vincula a simptomatologia concreta que inclouria tristesa, fatiga, **baixos nivells d'autoestima** i possiblement pensaments i ideacions suïcides.



Sorgeix una mentalitat propera a la indefensió apresada, en la qual no importa el que es faci que el subjecte creurà que no té un impacte en el món i és incapaç de fer front de manera reeixida a les situacions.

La base teòrica de la següent aproximació: La teoria del suïcidi de l'autor Joiner (2005) té tres components, el primer d'ells és el sentit de pertinença frustrat.

S'evidencia que les persones que moren per suïcidi se senten **desconectades** dels altres, i aquests pensaments automàtics disfuncionals són capaços de distorsionar les percepcions sobre el món que els envolta. El segon component és la càrrega percebuda, tenint sensació de **no aportar coses al món**, pensant que les vides dels altres millorarien si desapareixen. Les situacions desencadenants comprenen: **perdre la feina, un ascens, un divorci**, són una tendència cognitiva comú, i en els casos de **maltracte emocional**, es reforçen aquestes idees d'auto-desqualificació.

El tercer element és la capacitat adquirida, el dolor físic disminueix a mesura que el cos s'acostuma a l'experiència.

La teoria psicològica interpersonal del comportament suïcida dóna veu a la importància de que els professionals coneguin els nivells de pertinença, càrrega percebuda i capacitat adquirida de les persones a qui atenen, ja que aquest coneixement pot ajudar a la tasca d'evaluació del risc suïcidi i en el seu procés terapèutic.

O'Connor's (2011) en la teoria integral Motivational-Volitional Model, considera que el suïcidi es caracteritza per una interacció biològica, psicològica i mediambiental, dividint en diferents fases l'evolució del pensament:

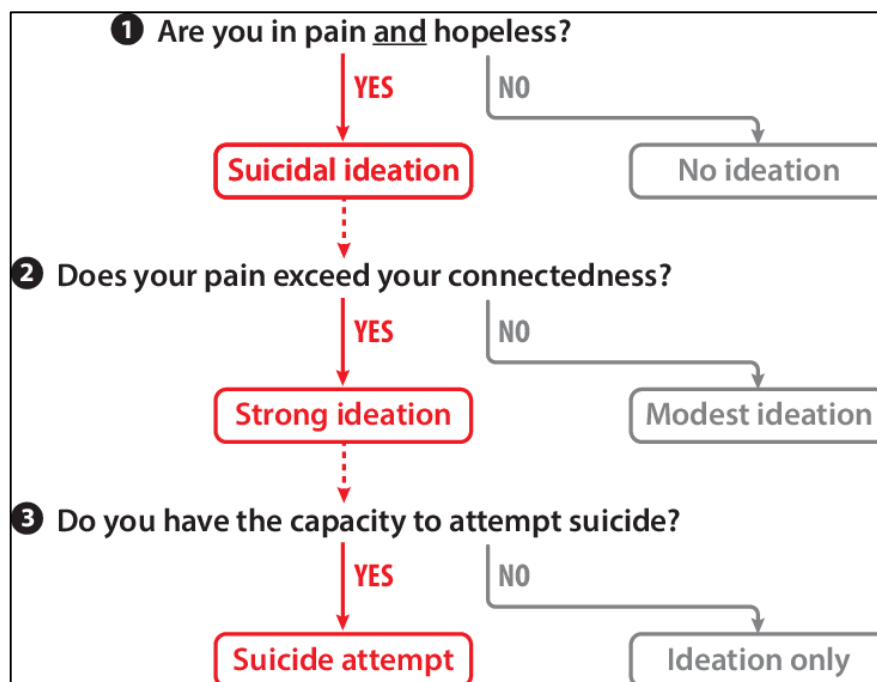
- Una fase pre-motivacional, en que els factors de vulnerabilitat biopsicosocials i els esdeveniments desencadenants (inclosa l'adversitat de la vida primerenca, pobresa i trets com el **perfeccionisme socialment prescrit**) són les causes del desenvolupament de pensaments suïcida.

- Una fase de motivació, que descriu com i per què pot sorgir una ideació suïcida.
- Una etapa “volitiva”, que marca la transició dels pensaments suïcides als comportaments.

Una premisa clau de la teoria és la idea que la derrota i l’atrapament són els motors primaris de la ideació suïcida i, per tant, centrals en l’etapa de motivació i etapa intermitga d’aquest model.

Proposen la teoria **Three Step Theory (3ST)** Klonsky y May (2015) que conté tres pasos sequencials. El primer d’ells és el desenvolupament de la ideació suïcida.

Segons la 3ST, el primer pas cap a la ideació comença amb el dolor. El dolor normalment (però no necessàriament) significa dolor psicològic o emocional. Totes les persones tenen forma de condicionament en el comportament (Skinner 1953). Ens comprometem amb conductes que es veuen recompensades i evitem les que són castigades. En segon lloc, apareix la força versus idealització moderada.



The three-step theory (3ST) of suicide. Key constructs of the 3ST are pain and hopelessness, connectedness, and suicide capacity. Figure adapted from Klonsky & May (2015).

El segon pas cap a un comportament suïcida potencialment letal es produeix quan el dolor supera la connexió. La connexió és el que dóna el sentit a la persona de viure, la **connexió amb altres persones** La 3ST explica que una persona que experimenta

dolor i desesperança, només tindrà una ideació moderada (per exemple, “De vegades crec que podria estar millor mort ”).

En tercer i últim lloc apareix la progressió des de la ideació fins als intents. La majoria dels individus amb ideació no intenten suïcidar-se; per tant, l'últim pas de la 3ra aborda les condicions en què una ideació forta condueix a un intent de suïcidi. D'acord amb Joiner (2005) la por a la mort és un poderós instint que el fa extremadament difícil intentar suïcidar-se, encara que tingui una forta ideació suïcida.

Taula 2: Selecció dels principals models sobre la conducta suïcida en els segles XX i XXI

Models	Autor, any	Premises bàsiques
Sociòlegs	Durkheim, 1951	Destaca el fenomen d'aïllament social
Psicoanalítics	Freud, 1922	- Pulsió de mort (Thanatos) i pulsio de vida (Eros) en conflicte constant.
	Menninger, 1938	- L'home contra ell mateix. Desitg de matar, desitg de ser matat i desitg de morir. Suïcidis crònics i suïcidis localitzats.
Psicòlegs	Shneidman, 1988	- Model cúbic del suïcidi: estrés + dolor (psychache) + perturbació = explica el suïcidi.
	Baumeister, 1990	- Suïcidi com a “escapar” d'un estat mental aversiu.
	Beck, et, al. 1985	- Destaquen el rol de la desesperança per a explicar el suïcidi
	Schotte & Clum, 1987	- Model de diàtesis – estrés – desesperança del comportament suïcida. - Model cognitiu – conductual del suïcidi
	Rudd, Joiner, & Rajab, 2003	- “Arrested fight model”. Sentiment de derrota + sentir-se atrapat (Cry of Pain model).
	Williams & Williams, 2002	
Mixtes	Kraepelin, 1856 –	- Conducta suïcida com una de les categories de la

	1926 Piutchik, van Praag, & Conte, 1989	melancolia (melacolia amb idees de suïcidi). - Model de forces contrabalancejades de la conducta suïcida i violenta.
Biològics	Linnoila & Virkkunen, 1922 Fawcett et al., 1997	- Model patogènic de la impulsivitat. Existència d'un síndrome de la hipofunció serotoninèrgica central. - Model clínic – bioquímic de 4 vies.

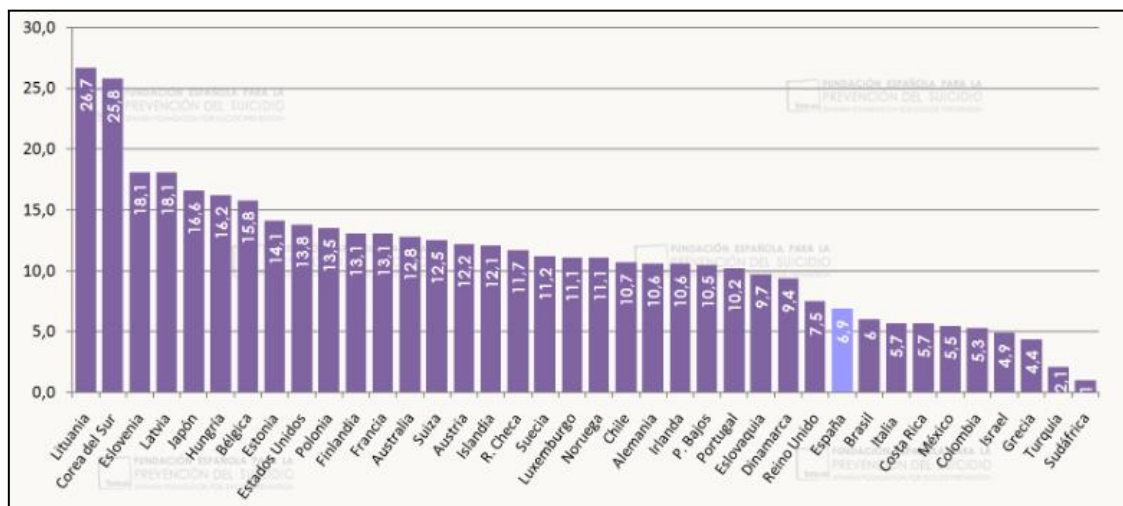
Font: Tesis sobre suïcidi adolescent, Villar (2017)

Els sociòlegs han demostrat que les taxes de suïcidi varien d'acord amb factors com la guerra i la desocupació, els psicoanalistes sostenen que és la ira cap a un ésser estimat que es dirigeix cap a dins, els psiquiatres ho veuen com un desequilibri bioquímic. Cap mètode té la resposta.

4.3 Epidemiologia global i d'infants i joves

Espanya se situa en taxes significativament menors que d'altres països, en una llista que encapçalen països exsoviètics (Lituània, Eslovènia, Latvia, Hungría i Estònia) i orientals (Corea del Sud i Japó).

Taula 3. Posició d'Espanya en relació al fenomen del suïcidi.



Font: Institut Nacional d'Estadística (2018)

En la part minoritària se situen Sud àfrica, alguns països mediterranis (Turquia i Grècia i sudamericans (Colòmbia, Mèxic, Costa Rica, Brasil) tot i que s'ha de destacar que els sistemes de registre estadístic no són igual de fiables en totes les zones.

Baumeister (1991) assenyala que la taxa de suïcidi és més alta es troba en les nacions més pròsperes, en els estats d'USA amb més qualitat de vida, en societats avançades que defensen les llibertats individuals, en àrees amb millor temps i en estudiants que tenen bones notes i pares amb altes expectatives. La pobresa per si mateixa, per exemple, no és un factor de risc per al suïcidi. Però si que ho és passar d'un relativa prosperitat a la pobresa. Per tant és la discrepància entre les expectatives i la realitat percebuda la qual posa en marxa el suïcidi i que, com sol dir-se, com més alt, més gran és la caiguda.

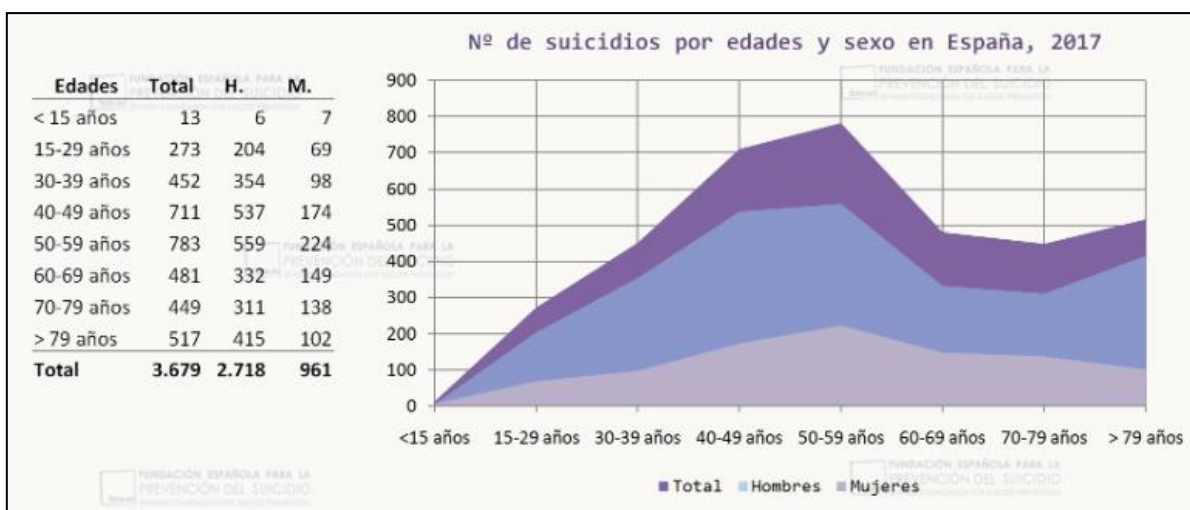
Pel que fa a la població jove, durant l'any 2017, es produeixen 13 suïcidis en menors de 15 anys, 6 d'ells homes i 7 dones. Entre la franja dels 15 als 29 anys que engoba la població juvenil, 273 (204 homes i 69 dones). El major número de suïcidis va produir-se entre els 40 i 59 anys. Casi 1.000 suïcidis al any es produeixen en majors de 70

anys. La OMS (2017) descriu que el suïcidi és la segona causa de mort entre les persones que comprenen dels 15 als 29 anys a **nivell estatal**. La mortalitat per aquesta causa és superior a la mortalitat total causada per la guerra i els homicidis (57%). Més de 800.000 persones es suïciden cada any.

Hi ha una mort cada 40 segons. El 75% dels suïcidis es produeix en països d'ingressos baixos i mitjos. Estrangular-se, les armes de foc i els plaguicides són els mètodes més comuns al món.

En els últims 45 anys, el nombre de suïcidis al món han augmentat fins a un 60%, sent els joves i adolescents el grup amb un risc major a una 1/3 part dels països. Who (2014). *Preventing suicide: a global imperative*.

Taula 4. Número de suïcidis per edats i sexe a Espanya l'any 2017.



Font: Institut Nacional d'Estadística (2018)

A Espanya les dades més recents que consten per diferència de gènere reflexen la diferència en que hi ha més suïcidis per homes que per dones.

L'Observatori del Suïcidi (2017) facilita les estadístiques on recentment a Espanya van produir-se 3.679 suïcidis: 3 de cada 4 eren homes i 1 de cada 4 dones. Suposant això una mitjana de 10 suïcidis diaris, un cada dues hores, sense comptar les temptatives o "accidents" en la quotidianitat del nen.

Taula 5. Número de suïcidis per sexes a Espanya entre l'any 2016 i 2017



L'Observatori del suïcidi (2017) recull les dades d'aquest gràfic anterior: L'any 2017 es van produir 3.679 suïcidis a Espanya: 3 de cada 4 eren homes i 1 de cada 4 dones. Això suposa una mitjana de 10 suïcidis diaris, un cada dues hores. L'any 2017 es produeixen 110 suïcidis més que l'any 2016, 56 més d'homes i 54 més de dones. Augmenta a nivell global +3,08% (+2,1% en homes i 6% en dones).

Taula 6. Una mirada a l'Estat del suïcidi



Font: Consell Nacional de la Joventut de Catalunya, 2018: *Guia de prevenció del suïcidi i acompanyament de dol, "Encarem el suïcidi juvenil"*.

A Catalunya, cada any se suïciden **al voltant de 500 persones** (INE, 2018). El suïcidi abarçant totes les franges d'edat, és la **tercera causa de mort prematura** més freqüent a Catalunya en els homes per darrere del càncer de pulmó i les malalties isquèmiques del cor, i la cinquena causa en les dones, darrera del càncer de mama, càncer de pulmó, malalties del sistema nerviós i del cor. Així mateix, és la tercera causa que provoca més anys de vida perduts, per darrere dels accidents de trànsit i els enverinaments accidentals.

Villar (2018) exposa que d'aquestes, una petita proporció són joves i adolescents. Segons les dades proporcionades de l'INE (2018) la xifra no supera el cinc per cent del total. Tot i així, és actualment una problemàtica de grans dimensions a escala mundial.

La OMS (2017) afirma arrel del seu estudi que el suïcidi és la segona causa de mort entre els joves de 15 a 29 anys. A l'estat espanyol moren el doble de persones englobant totes les franjes d'edat per suïcidi que per accidents de trànsit, i és, la primera causa de mort externa. Explica Villar (2018), psicòleg clínic i coordinador del programa d'atenció a la conducta suïcida en el menor de l'Hospital Sant Joan de Déu que "Amb el suïcidi hi ha una paradoxa amb l'edat i amb el gènere. Les dones fan més intents de suïcidi i hi ha més morts d'homes que de dones. I a l'adolescència es fan més intents de suïcidi que a l'edat adulta, i en canvi hi ha més suïcidis consumats en l'edat adulta que en l'adolescència".

Per a comprendre la dimensió del problema no només hem de fixar-nos en les xifres, ja que com s'ha comentat anteriorment, són una limitació al només comptabilitzen aquells suïcidis consumats, però no les temptatives que en són exponencialment majors (Villar, 2018).

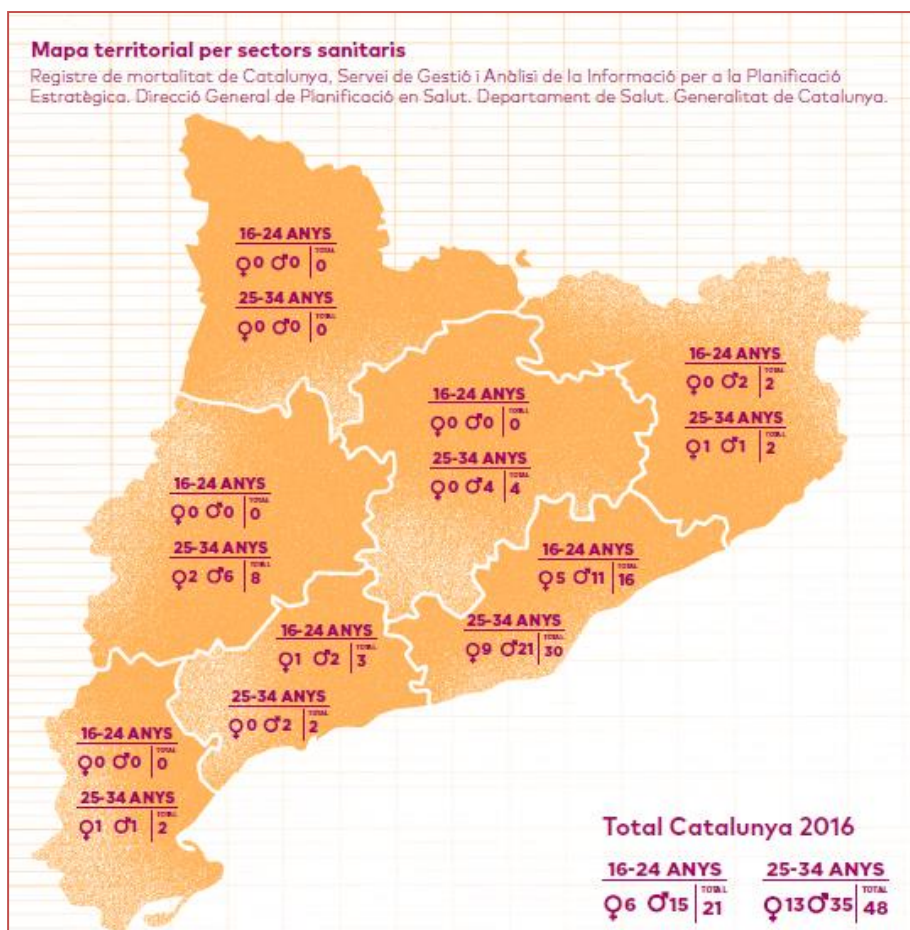
Assegura que ens trobem davant una franja d'edat d'alt risc ja que la repetició de temptatives augmenta el risc del suïcidi consumat.

Destaca que la intervenció a temps en els primers moments, pot evitar el suïcidi consumat tant a l'adolescència com a l'edat adulta.

En el cas juvenil, el suïcidi comporta la **primera causa de mort no natural a Catalunya entre els joves d'entre 15 i 34 anys**. Les dades més recents a Catalunya, que són del 2018, apunten que en total hi va haver 522 suïcidis al llarg de l'any. Concretament, es produeix un suïcidi juvenil cada 5,2 dies.

Les últimes dades que consten a l'Institut Nacional d'Estadística, és que a Catalunya van suïcidar-se 42 persones menors de 30 anys.

Taula 7. Dades a Catalunya per sectors sanitaris, 2016:



Font: Consell Nacional de la Joventut de Catalunya, 2018: *Guia de prevenció del suïcidi i acompanyament de dol, "Encarem el suïcidi juvenil"*.

Les dades més recents a l'INE (Institut Nacional d'estadística) són de l'any 2018 que per províncies, comunitat autònoma i nivell estatal, serien les següents:

Taula 8. Divisió provincial del fenomen a Catalunya, 2018.

Suïcidi 2018	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Catalunya	Espanya
Total	365	58	42	57	522	3.539
Homes	266	41	34	40	381	2.619
Dones	99	17	8	17	141	920

Dades extretes: INE (2018): Institut Nacional d'Estadística, taula: elaboració pròpia.

Pel que fa a les diferències de gènere, les dones d'entre 15 i 29 anys tenen un risc de trastorn mental 2,3 vegades superior als homes. En canvi, els homes d'entre 15 i 35 anys multipliquen per 2,5 vegades les dones en els casos de suïcidis. Sense anar més lluny, el 2016 es van comptabilitzar 50 casos de suïcidi en homes de 15 a 34 anys, davant els 20 en dones (INE, 2018).

L'any 2018, article publicat per Borasteros (SOS, Me quiero suicidar) destaca que la ONG dedicada a l'auxili psicològic per ideació suïcida augmenta l'activitat en els anys de crisi atenent anualment a quasi 100.000 persones. Cal destacar que per cada mort, són sis les persones supervivents que necessiten acompanyament. **I que més del 20% de les visites de la gent jove al metge són per ansietat o depressió, factors estretament lligats amb el suïcidi.**

5. Adolescents i joves en la realitat suïcida

Des d'un temps fins a l'actualitat han augmentat els suïcidis, amb un volum similar al la mortalitat en context de guerra. Hi ha molta por a l'efecte Werther, afirma Bonificació (2020).

L'elaboració del pensament de mort en un infant varia segons l'edat. Autors com Cyrulnik (2014), parlen de possibles alteracions in-utero o en la primera infància en context familiar, com també, Bardet (1995) destaca que abans dels 13 anys d'edat, un 16% considera que la mort pot ser una solució als seus problemes, fent que el fracàs econòmic i familiar, sigui un entorn destructiu per al nen desenvolupant ràpidament ideació suïcida.

La realització del suïcidi en les nenes és bastant més complicada.

En els **adolescents**, el pensament cap a la mort és progressiu, pensen en la idea en un moment d'angoixa i després és un 16% els que hi tornen a pensar, planificar i organitzar. Acumulen medicació, idealitzen llocs de risc i pensen en el seu procediment.

En els **nens** no hi ha aquesta progressió, *Juegan, se ríen, responden amablemente y luego saltan por la ventana*, comenta l'autor Cyrulnik, B (2014). Un nen busca coses simples, córrer traspasant un pas de zebra, tirar-se d'una finestra, entre d'altres. Molts suïcidis queden emmascarats per la quotidianitat del dia a dia del nen, on normalment ja tenen conductes inherents de risc pel fet de ser nens.

Quan un nen té preocupació persistent la manifesta amb trastorns cognitius, somatitza amb mals de panxa, mals de cap i de vegades parla amb adult. Quan un adult reconduïx emocionalment aquest nen, sol marxar amb la mateixa preocupació, com s'explicava prèviament, l'adult respònd sota una perspectiva de no concebre que l'infant estigui elaborant aquesta idea. L'adult, sol pensar que a aquesta edat és impossible que es plantegi morir.



Font: Pinterest

Entre 30 i 100 nens es donen mort cada any, com s'ha dit anteriorment, pot pensar-se que molts accidents poden ser suïcidis.

Amb l'envelliment la corba del suïcidi augmenta. Però s'inscriu en un a trajectòria previsible. Un suïcidi és menys escandalós en una persona gran perquè la societat ja concep la seva mort propera. Però en un nen és molt més escandalosa, *Acaba de nacer, no ha tenido tiempo para crearse una historia*, Cyrulnik (2014).

En un adult, les obligacions familiars afectives com la cura dels fills, el crear un espai educatiu i l'esforç d'anar a treballar, funcionen com a factors protectors davant de la ideació desuïcidi, ja que ocupen bona part del temps i frenen pensaments d'esgotament que ocasionen les relacions interpersonals amb l'entorn.

Cyrulnik (2014) exposa que els casos de suïcidis invisibles sempre han estat presents de manera més sutil, com quan una persona diabètica no es dóna sucre quan ho necessita, una àvia que no beu quan està deshidratada, un adolescent que calcula malament el risc davant un perill, però no sumen en l'estadística en concepte de suïcidi.

Per a poder avaluar un suïcidi, s'han de tenir presents els pensaments que evoquen a la mort, com també els comportaments que el provoquen.

Hi ha una dificultat en recollir dades reals però, com parla l'autora Bardet (1995), davant d'un coma, veiem més noies i davant d'un cos destrossat, homes.

L'adolescència és una etapa de canvis en molts àmbits, es canvia a nivell físic, psicològic, relacional, acadèmic... Els adolescents transiten per un període de noves experiències i resolució. Els efectes hormonals ocasionen canvis en l'estat d'ànim de l'adolescent, encara que aquestes fluctuacions no són tant evidents com els canvis físics, que s'observen a simple vista (Faros 2019).

Autors com Erikson, Perkins i Piaget parlen d'una dels reptes de l'adolescent, la individualització. Conceptualitzen els diferents reptes psicològics que ha de resoldre l'adolescent en la seva evolució cap a l'edat adulta. Erikson **destaca la identitat com l'objectiu principal en aquesta etapa, aconseguint en aquest camí una sensació d'independència i de control**. També assenyala les relacions socials com l'element més important durant aquest període, mentre que en etapes anteriors l'escola i la família tenien més rellevància. Piaget (1899) destaca el trànsit del pensament del nen a l'adolescent com el pas del concret (bons i dolents, blanc o negre) a l'abstracte (pensament més elaborat, integrant aquests conceptes: els bons no són tan bons els

dolents no són tan dolents) i planteja quatre preguntes bàsiques que l'adolescent ha de resoldre: Qui sóc?; Sóc normal?; Sóc competent?; Puc estimar i ser estimat?.

Aquesta etapa és, per tant, un escenari de conflicte entre la dependència que els joves encara tenen dels seus cuidadors i la creixent necessitat d'autonomia, llibertat i de construcció d'un projecte vital propi. Una etapa d'aprenentatge, desenvolupament i adquisició d'estratègies necessàries per afrontar els reptes de la vida adulta, en la qual poden haver qüestionaments dels valors familiars i socials abans d'acabar de fer-los propis.

El concepte de mort es comença a adquirir al voltant dels 8 anys d'edat (Cyrulnik, 2018), aconseguint un coneixement més evolucionat un cop iniciada l'adolescència. Pensar i reflexionar sobre el concepte de la mort és una conducta normal, sovint motivada per la mort d'algun familiar, conegut o mascota, o arran del propi estudi del cicle de la vida.

Pensar en la pròpia mort és sovint un pensament normal, que pot tenir qualsevol persona davant una situació especialment dolorosa, difícil d'afrontar o per a la que no es troba sortida.

Cal considerar que l'etapa adolescent conté molts canvis en poc temps que el porten a haver de refer la seva identitat formada durant els anys d'infància. Erikson (1950) proposa que les etapes de l'adolescent es presenten de manera seqüencial des de que naixem fins que ens fem grans. Parla de vuit etapes on cada una d'elles ha de superar un repte per a que es consolidi el "jo". Cada un d'aquests conflictes suposarà una crisi que és concebuda com a natural. La cinquena fase del cicle vital d'Erikson (1950) i la crisi psicosocial que s'hi associa és la cerca d'identitat i confusió de rols.

Els canvis físics i psicològics que duu aquesta etapa fan que l'adolescent generi inseguretats, i necessiti recolzar-se en els iguals fonde's en el grup per no sentir-se exclòs, adoptar la identitat grupal quan encara no sap ben bé què vol ni qui és...

El repte, per tant, és aconseguir una identitat pròpia de la qual sentir-se orgullós. Sentir-se feliç i content de ser qui és i com és.

Les necessitats del fill/a adolescent són diferents a les de l'infant i, per tant, les relacions familiars s'han de modificar. L'adolescent comença a reivindicar la seva autonomia, a voler prendre les pròpies decisions.

En aquesta desvinculació parental l'adolescent buscarà construir la seva legitimitat, i és en aquesta etapa on **apareixen les conductes de risc** (Breton 2003). Per a introduir-se en la societat o donar-se lloc en un col·lectiu. El procés adolescent de vegades sol ser una etapa complexa involucrant-se en conductes de risc on preval el desafiament amb la mort.

Diversos autors parlen de **l'acting out**, com a tendència a actuar com a mitjà per a elaborar una realitat que està influïda per canvis i inestabilitats (Manca, 2011). Larrobla & Torterolo (2017) parlen de que per a construir la identitat, als adolescents no els omple el discurs adult, per tant les conductes que realitzen o temptatives amb la mort, són una mostra d'una cerca desesperada de ser.

Quan els adolescents recórren a l'acció pot ser un acte positiu per a poder treballar amb ells els conflictes interns, però alhora, pot ser un acte perillós que dugui a l'adolescent a realitzar conductes que poden posar en risc tant al propi adolescent com al seu entorn (Manca, 2011). L'autora assenyala l'abús de substàncies i principalment **l'atac al propi cos**.

El malestar de l'adolescent degut als canvis psíquics en moltes ocasions s'expressa a través del propi cos, (Larrobla & Torterolo 2017).

Aguirre (2017) explica que els adolescents fan autolesions per alleujar patiment o enfrontar-se a dificultats personals, com també com a forma d'auto càstig per a solucionar el mal que han provocat a un altre, o amb la finalitat de reduir l'estrès obtenint certa tranquil·litat a través de l'autolesió.

"El arma más eficaz contra el suicidio consistiría, pues, en dar sentido a la existencia, pues ello cambia el modo de percibir lo real. La connotación afectiva modifica hasta la percepción del dolor físico o el sufrimiento existencial" (Borod, 2000). Viure en parella, l'etapa de la lactància amb el fill, parla l'autor de que les responsabilitats fan que les persones estiguin més protegides davant la mort, ja que aquesta responsabilització els dóna un sentit de ser.

Les dificultats de l'entorn no provoquen les idees suïcides sempre i quant la família i la cultura ensenyin a sobreposar-s'hi.

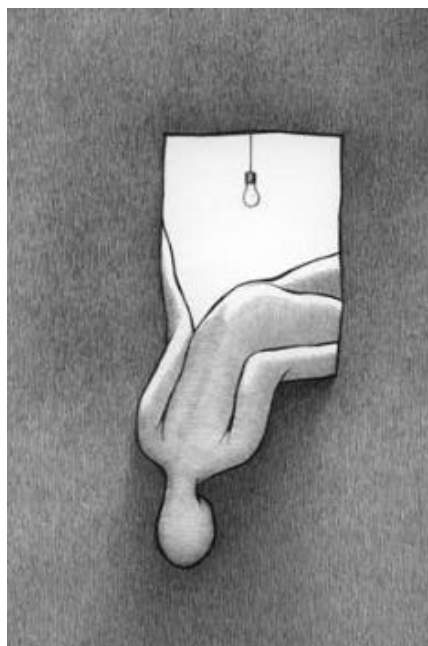
El significat i direcció que les persones donem als aconteixements, prové de la nostra història i el nostre context. Per tant, l'autor Cyrulnik (2018) parla de que un nen es planteja la mort quan és desresponsabilitzat, **perquè per a ell qualsevol pena és**

insoporable, quan no hi ha per qui treballar, somnis a perseguir, viure no val la pena.

Beck, Guilbert, Gautier, (1990) exposen que les nenes són més sensibles al sentit de viure. Comentant que la idea de mort sorgeix més fàcilment a les nenes (12%) que als nens (6%).

Boris (2014) parla de que les nenes es desenvolupen més ràpidament que els nens, parlen abans, controlen més la seva manera de vestir, "las joyas, el cabello, el maquillaje, hasta las uñas, narran un mundo mental y sólo atraen a los jóvenes para quienes esa vestimenta se ha escrito."

Els nois tenen un desenvolupament més lent, són més segurs, els agraden les competicions, descobreixen el que valen.



Font: Pinterest

En etapa d'adolescència, poden entrar en punts vitals on vegin gran dificultat per a remuntar i poder resoldre situacions, portant a pensar que no hi ha solució i que el millor per l'entorn és poder desaparèixer.

El programa del Consell Nacional Juvenil (2018), recull diferents idees per a tractar amb normalitat totes les etapes de canvi adolescent, per a que els joves puguin dur a terme si contempen que un dels seus iguals es troba en una situació de vulnerabilitat, que pugui desencadenar en el desitg de mort.

5.1. Un pas per la convenció dels drets humans

Anys enrere la infància no era apreciada tal com avui es considera, i eren els pares o tutors qui decidien sobre la criatura. Al llarg del segle XVIII s'intentava abordar a la infància desemparada des de diferents perspectives, encara i així, es consideraven indòcils i "vagos".

La revolució francesa i americana va deixar a una banda l'absolutisme, considerant i pensant en les persones i sobretot, infants. Alhora a França, arriba l'alliberament dels

"oprimits, bojos i nens". L'any 1793 es promulga una llei des de l'Estat que obliga als pares a protegir als menors i tenir deures vers ells i procurant pel seu benestar.

Un dels articles de la web ISI web of Science, "Policy Retrospectives" evidencia de que les condicions de la vida primerenca poden tenir conseqüències sobre els resultats individuals al llarg del cicle de vida, i que aquestes són conseqüències no només relacionades al benestar de la població, sinó també pel creixement econòmic i la competitivitat en una economia global. S'arriba a la conclusió de que hi ha una relació sòlida i econòmicament significativa entre les condicions de la vida primerenca i benestar durant tot el cicle de vida, mesurat per la salut de l'adult, els èxits educatius, vinculació amb el mercat laboral, i altres indicadors de la situació socioeconòmica. Conclum doncs, que les polítiques actuals són molt influents en millorar o no, les condicions de la vida primerenca.

Al s. XIX comença a créixer l'atenció a la infància quan la burgesia agafa més poder. Arriba l'aparició de l'escola moderna i cada cop és més fort el moviment psicopedagògic. L'Estat, es fa càrrec de les competències en el camp social deixant en un segon terme la caritat individual i la beneficència.

Abans doncs, es considerava als infants éssers imperfectes, que només podien curar-se creixent. La comprensió i tractament cap a la infància és el resultat d'un progrés, i a partir del 1800 es comença a abordar la infància com a tal i en la seva globalitat. A finals del s. XX, l'any 1989, sorgeix la **convenció dels drets de la infància i adolescència**.

La convenció dels drets de la infància (1989) és el primer instrument internacional que reconeix els infants com a agents socials i com a titulars actius dels seus propis drets. Els seus 54 articles recullen els drets econòmics, socials, culturals, civils i polítics de tots els nens i nenes. La seva aplicació és obligació dels governs, però també defineix les obligacions i responsabilitats d'altres agents com ara els pares, professors, professionals de la salut, investigadors i els mateixos infants. Dóna valor a les 4P: Promoció, prevenció, protecció i participació. Incorpora la veu de la infància dia a dia i ajuda a un bon funcionament per a la societat.

Alguns dels articles a destacar són els següents: l'infant té dret intrínsec a la vida (art. 6), l'Estat està obligat a protegir davant el maltractament (art.19), té dret a l'educació (art.28), dret a nom i nacionalitat (art.7), desenvolupament adequat físic i mental (art.27), a expressar-se i atendre'l com cal (art.12)... entre d'altres.

La llei pretén abarcar tota la legislació catalana sobre la infància i l'adolescència, independentment de si es troba o no en situació de risc o desemparament. En els seus articles s'hi defineixen drets i llibertats de l'infant i adolescent en els seus diferents àmbits tals com civil, polític, de salut, de benestar, personal o bé material.

Davant d'aquesta legislació els grans trets que hauria de tenir l'educació al s. XXI, en el temps de lleure, als centres d'acollida o residencials d'acció educativa, haurien de donar resposta als aspectes abordats anteriorment, educant per a la igualtat de diferències i la igualtat de resultats, per a oferir una igualtat d'oportunitats per a totes les persones, educar en valors, emocions, i sentiments.

Parlant sobre educació, un dels articles d'en Ramon Flecha (1970), reconeguts per innovar en aquest àmbit, anomenat "L'educació que ens mereixem, de les ocurrencies a les evidències per avançar cap a l'èxit per a tothom", l'autor, catedràtic de sociologia de la Universitat de Barcelona, investigador en ciències socials en Europa i promotor de les comunitats d'aprenentatge, destaca que és important que l'educació no estigui basada en ocurrencies tals com: els immigrants disminueixen el nivell educatiu i comporten problemes de convivència, quan, aquesta resposta no és verídica en centres que davant d'un procés on el nivell d'immigració augmentava, han aplicat actuacions educatives d'èxit, i aquestes han resultat molt bons expedients acadèmics.

Creu doncs, que l'educació bé a ser un dret per a tothom però hauria de ser-ho un dret també, una educació que atorgui els millors resultats per a tots els nens i nenes i que no derivi al fracàs escolar o abandó prematur dels estudis.



En una de les seves fonts, l'autor defensa projectes d'èxit (que són aquells que incorporen valors, emocions, instrumental i sentiments) tals com les comunitats d'aprenentatge. Defineix que són projectes d'èxit perquè al aplicar aquestes actuacions es necessita la implicació de tota la comunitat.

"En este centro que era de los más conflictivos del país empiezan las clases con una asamblea donde

los alumnos deciden lo que van a hacer, como se van a comportar y que problemas tienen por resolver. En este caso se ha logrado no sólo una transformación educativa, sino también una transformación social."(Ramon Flecha).

5.1.1 Dret a la mort. Tenen veu els menors?

Tot i que autors esmentats anteriorment, coincideixen en el focus social com a desencadenant de la idea suïcida, el desitg al suïcidi pot ser ocasionat també per causes físiques o bé psíquiques. Al nostre país, un menor d'edat no pot decidir posar fi a la seva vida. Abordant els drets dels infants anteriorment, Espanya vetlla per les decisions autònomes del menor, però no hi considera el dret a morir. Poder morir en llibertat, suposa escollir la manera i també el moment de posar fi a la pròpia vida.

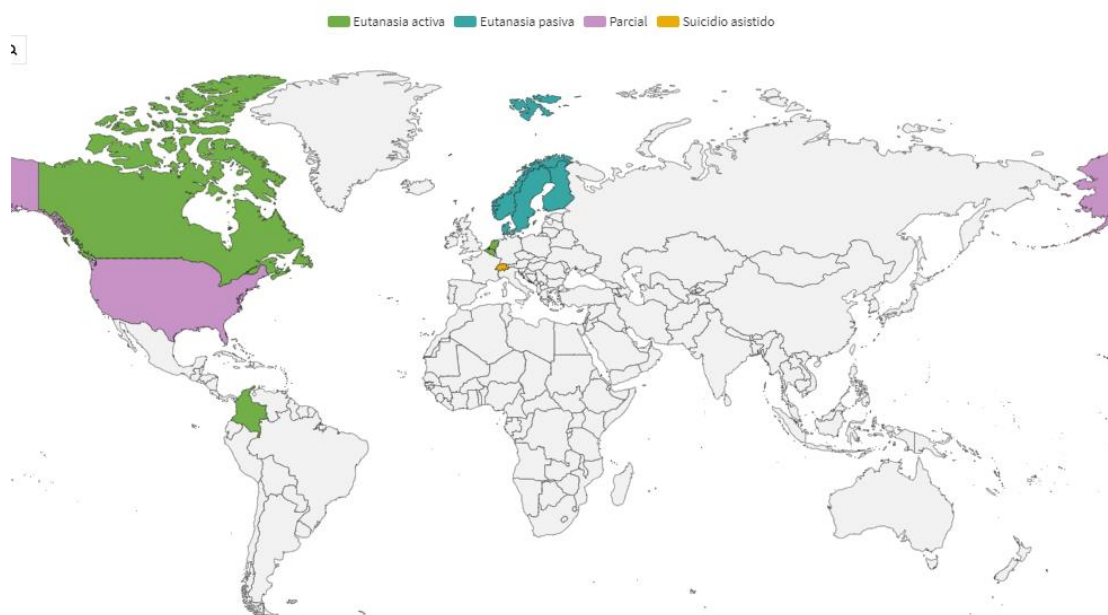
Hi ha països en els quals s'accepta el suïcidi Assistit o bé l'eutanàsia. A **Espanya** l'eutanàsia i el suïcidi assistit (és la pròpia persona la que efectúa l'acció, estant mèdicament atesa) estan considerats un delictes penal segons l'article 143.4 del Codi Penal. Només és legal la sedació terminal, coneguda com sedació pal·liativa.

Aquells països que accepten l'assistència al suïcidi i l'eutanàsia com a països pioners en **aplicar-ho donan veu als menors d'edat o etapa adolescent són els següents:**

L'assistència al suïcidi és plenament legal a Suïssa a partir dels 18 anys.

L'eutanàsia no està permesa a nivell legal però està autoritzat el suïcidi assistit.

Taula 9. Mapa de països on és legal l'eutanàsia. Font: [Projectionmap](#) by Flourishteam.



S'exemplificarà amb Suïssa les condicions que han d'acomplir per a poder sol·licitar morir:

Taula 10. Exemple de país on és legal sol·licitar morir:

Condicions que s'han d'acomplir per l'acceptació de la petició.	Impossibilitat de realitzar algunes de les ABVD
Capacitat de raonar	Menjar
Petició seria i reiterada	Higiene
Malaltia incurable	Vestir-se i desvestir-se
Patiments físics o psíquics intolerables	Aixecar-se, seure i tumbat-se
Pronòstic fatal o invalidesa important	Desplaçar-se
	Sordera, ceguera

Font: Pla de Salut del Govern de Suïssa, 2018.

Explica Sobel (2007) president de l'associació, que un número significatiu de sol·licituts van ser rebutjades, pel que l'associació ha posat barrera davant la petició de "**suïcidis emocionals**", en especial entre els **joves**.

A Holanda l'any 2001 entra en vigor l'eutanàsia activa, sempre i quan es respectin els criteris de que la persona estigui amb un patiment insuportable sense oportunitat de millora i que demani de manera explícita voler morir, demanant una segona opinió a un altra metge. En aquest país, la opció també està inclosa pels menors d'edat. Ells poden sol·licitar-ho i en els nens i nenes entre 12 i 16 anys, els pares tenen la última paraula. Quan son pacients entre els **16 i 17 anys, la opinió de l'adolescent és la que mana**, i la dels pares, es té en compte.

A **Estats Units** no està legalitzada la eutanàsia, però set estats del país i la ciutat de Washington permeten el suïcidi assistit, vigilat per una autoritat competent. Els mètodes varien segons cada regió, però és necessari tenir una **edat mínima de 18** anys, tres autoritzacions de metges, i han de quedar-li un màxim de sis mesos de vida com a conseqüència d'una malaltia terminal.

Bèlgica també va ampliar la llei per a menors d'edat l'any 2014, que va convertir-lo en el **primer país en acceptar que els nens puguin demanar-la**, sempre i quant amb el consentiment patern.

A Colòmbia els menors de 12 anys estan exclosos tot i que entre els 6 i 12 anys poden establir-se algunes excepcions. Dels 12 als 14 anys d'edat és obligatòria l'autorització dels pares i el consentiment del pacient, mentre que a partir dels **14 anys preval la voluntat de l'adolescent**.

5.2 Factors protectors i factors de risc

La complexitat del suïcidi també es troba en la detecció Villar (2017). No hi ha un perfil establert d'adolescent propens al suïcidi, sinó que intervenen factors de risc que poden ocasionar una primera temptativa o ideació. Els professionals experts parlen de l'abordatge multicausal, explicant que **l'adolescent no se suïcida per una sola causa**.

En relació als **factores de risc**, en els adolescents, s'observa en comú un aïllament i sensació de desvinculació amb l'entorn, com també ser una càrrega pels altres. Els casos que s'atenen des de l'HSJDD com comenta Villar (2017), són nois i noies amb problemes en diversos àmbits, que han intentat de manera reiterada solucionar-los i s'han anat acumulant per no saber resoldre. Afegeix que els adolescents envien missatges que cal saber interpretar. Tothom que fa una temptativa el que està expressant és una situació de desesperació.

Batalla (2017) parla de la orientació sexual, el bullying i les dificultats de relació amb els iguals com a factors de risc. És freqüent en els adolescents que les situacions que els desestabilitzen a causa d'acabar una relació de parella, una situació laboral complexa poden ser detonants en moments vitals complicats.

CNJ (2018) considera els factors de risc en el suïcidi com a diferents circumstàncies que poden originar malestar en l'adolescent i provocar intents de suïcidi.

Swahn & Eggert (2007) remarquen la importància d'una bona comunicació amb els membres de la família i la participació en les activitats familiars. Disposar d'un ambient familiar, d'amistat i escolar de comprensió i suport.

Estableixen com a principals, diferents factors de risc de conducta suïcida avaluats:

Taula 11. Factors de risc de conducta suïcida avaluats:

FACTORS DE RISC	DETONANTS
Determinants socio - econòmics	Familiar Individual (sexe, orientació sexual, ètnia) Barri o districte Escola
Factors acadèmics	Fracàs escolar Absentisme escolar Estrès acadèmic Baixa motivació escolar
Víctimes de violència interpersonal	Maltractament infantil Bullying / Cyberbullying Violència de parella Violència al carrer
Antecedents familiars	Trastorns mentals Abús d'alcohol o substàncies Conductes suïcides Mort d'algun pare
Antecedents personals	Trastorns mentals Conductes suïcides Conductes autolesives

(Font: Elaboració pròpia amb dades proporcionades de Swahn, 2012; & Eggert, 2007)

A nivell global, els nens se suïciden més que les nenes, utilitzant armes de foc o l'estrangulament, mentre les noies, utilitzen principalment els fàrmacs.

Cyrulnik (2014) aborda la comparativa entre sexes nen - nena explicant que:

- Els nens se suïciden més que les nenes a nivell global.
- Els nois ho fan amb armes de foc o estrangulament, les noies amb pastilles.
- En països concrets les nenes se suïciden més. A Europa i Àsia Central són Geòrgia, Noruega, Eslovènia i Tayikistàn. A Amèrica del Sud: Colòmbia, Ecuador, Salvador, Nicaragua, Puerto Rico i Trinitat.
- Sobretot és Àsia qui s'endú el major índex, a China, Hong-Kong i Corea.
- Els nois blancs se suïciden més que els de color. "Parla sobre la

responsabilització, "com a pes pel jove" La desresponsabilització, provoca una espècia de "empobriment existencial. Exemple: Abans d'anar a l'escola els nens del Congo baixen fins als llacs amb cordes per omplir grans bidons d'aigua i a les nits van a distribuir-la a la gent gran. Luego vuelven a casa cansados y orgullosos *Misión Unicef, RDC, Septiembre de 2010.*

- Parla de poder afegir com a Dret a la convenció dels drets dels infants el otorgar un projecte quotidià, que donarà el dret a poder responsabilitzar-se i fer pels altres. (Cyrulnik 2007).
- Una de les seves hipòtesis és que disminueix l'autoestima amb la desresponsabilització. Que per exemple les mares joves casi no duen a terme temptatives (Pfeffer 2003).

Els importants signes d'alarma que els pares poden observar dels seus fills adolescents segons Villar (2019) són els següents:

- Desesperança sobre el futur, pensaments catastrofistes del tipus "la vida no val la pena," "res canviarà".
- L'absència de projectes vitals a curt/mitjà termini.
- Baix estat anímic, sentiments de tristesa, minusvalidesa i baixa autoestima.
- Alteració dels hàbits, de la son, l'alimentació o disminució del rendiment acadèmic.
- Dificultats per compartir el malestar o sofriment amb família i/o amics.
- Aïllament en domicili i poca comunicació amb familiars i/o amics.
- Cessament d'activitats que abans realitzava, o incapacitat de gaudir de les mateixes.
- Autolesions (talls en avantbraços, cuixes...) normalment realitzades amb la finalitat de regular emocions negatives.
- Patiment relacionat amb assetjament escolar (*bullying*) o dificultats per establir relacions socials duradores.
- Destapar o expressar experiències traumàtiques (abús sexual, maltractament...) que generen gran patiment.
- Desbordament emocional desproporcionat davant de situacions conflictives o absència de recursos per fer-los front.

L'epidemiologia mostra que una de cada quatre persones tindrà un **problema de salut mental** al llarg de la seva vida, i que el 20% de la població jove de tot el món, pateix d'alguna afectació en salut mental com l'ansietat o la depressió.

Algunes dades d'interés sobre salut emocional i patologia mental són les següents:

- El 80% dels adolescents suïcides diuen haver rebut algun tipus de tractament de salut mental (Nock 2013).
- El 30%-50% dels adolescents suïcides no s'adhereixen a les recomanacions de tractament (Asarnow 2011).
- Los psiquiatras alertan de un aumento de este tipo de conductas por la sobreexposición de los jóvenes a las redes sociales y el ciberbullying.
- Segons la OMS (2017): "Las enfermedades mentales, principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol, el abuso de sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales constituyen importantes factores de riesgo de suicidio."

Tres factors principals que semblen incrementar el risc de suïcidi en els joves són els següents: (Consell Nacional de la Joventut, 2018):

1. Factors Psicosocials: Depressió, ansietat, temptativa prèvia, ús de drogues i alcohol, i comorbiditat psiquiàtrica.

2. Esdeveniments vitals estressants: Problemes familiars i conflicte amb iguals.

3. Trets de personalitat: Neocriticisme i impulsivitat. Els factors de risc identificats no tenen especificitat suficient, impliquen altes taxes de falsos positius que acaben per no resultar d'utilitat per a guiar accions preventives eficaces (Oquendo, Currier, & Mann, 2006).

Els factors de risc específics de l'adolescent amb patologia mental **són:**

Taula 12. Principals factors de risc amb adolescents que pateixen TMS.

> de 15 estudis	De 6 a 15 estudis	5 o menys estudis
Trastorn mental	Història familiar de suïcidi	Agitació /Insomni
Temptativa prèvia	Impulsivitat	Abusos en la infància
Aïllament social	Empresonament	Manca de llar
Malaltia física	Desesperança	Baixa autoestima i vergonya
Atur	Variacions estacionals	Exposició al suïcidi
Conflictes familiars	Disfunció serotoninèrgica	Exposició a la guerra

Font : Lancet 2012, Adaptada de Van Orden et al., 2010

Hi ha tres trastorns que actuen com a importants **factores de risc entre els joves** (Nock, 2013):

El primer d'ells és el trastorn depressiu major. El risc de suïcidi de les persones amb Trastorn Depressiu Major és d'unes 20 vegades el de la població general. Els individus que tenen múltiples episodis de depressió tenen més risc de suïcidi que aquells que només han tingut un episodi. (American Association of Suicidology, 2016).

Generalment s'ocasiona en un episodi depressiu o mixt, però algunes persones amb trastorn bipolar es maten accidentalment o impulsivament quan estan psicòtics i en la seva fase maníaca. (Bipolar Disorder Survival Guide, 2013).

En segon lloc apareixen les oscil·lacions greus de l'estat anímic: Les persones amb trastorn bipolar poden desencadenar amb una depressió o una etapa maníaca, tenint alt risc de suïcidi. No només experimenten els símptomes de depressió (pèrdua d'interés, apatia, canvis en el son i estat anímic) sinó que també mania. Els símptomes característics de mania i l'eufòria desproporcionada són la irritabilitat inapropiada, pensaments sense connexió i accelerats, conducta social inapropiada i ànim eufòric.

En tercer i últim lloc destaquen la presència de símptomes psicòtics.

Moltes persones amb esquizofrènia o trastorn bipolar (i en alguns casos amb depressió) escolten veus. Aquestes veus poden ser incòmodes, amenaçadores o donar ordres. No totes les persones amb trastorns psicòtics escolten veus i la majoria d'aquestes persones que les escolta, no compleix amb aquestes "ordres". No obstant, és possible que algú mori de suïcidi complint-les. Les veus són molt reals per a les persones i no són com qualsevol pensament que passa per les nostres ments, sinó que no es diferencia amb claredat la realitat de la ficció. Per exemple, les veus poden dir que es tirin d'un pont, de manera que salvarien a el món de la destrucció. Aquestes veus són molt invasives.

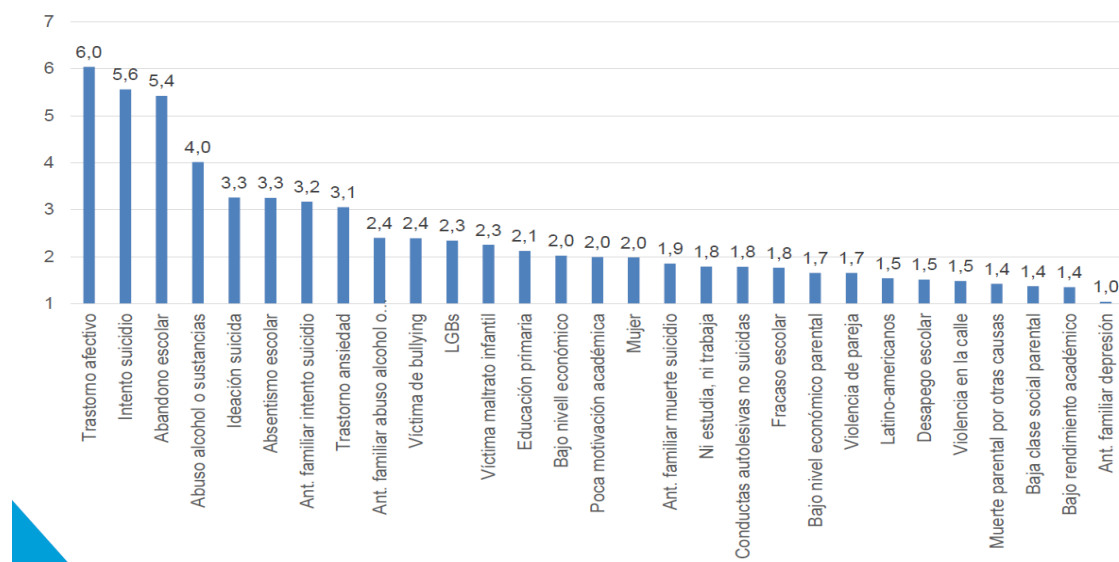
Com s'ha abordat anteriorment, el 90 % dels casos de suïcidi està vinculat a una afectació mental, és per aquest motiu que incidir en la importància de la prevenció del suïcidi juvenil també comença per a trencar amb els tabús i estigmes lligats a la salut



Font: Pinterest

mental. Tal com concreta la OMS (2018) una de quatre persones pateixen un problema de salut mental al llarg de la vida, i un 20% de joves pateix d'ansietat o depressió.

Taula 13. Factors de risc significatiu d'intent de suïcidi en joves i adolescents.



(Font: UIC, 2018)

Un dels factors de risc és el **bullying, cyberbullying i la relació amb els mitjans i les xarxes socials**. El suïcidi per imitació ha estat present en els joves.

Comenta Bonificació, treballador Social de la unitat d'intents autolítics a l'HSJDD (2020) que amb el col·lectiu LGTBI es treballa molt des de la perspectiva de les xarxes socials que utilitzen o mitjans televisius que segueixen. "Descobrir quins influencers o youtubers facilita esbrinar quins valors segueixen i per veure qui tenen com a referents". Per exemple l'aplicació de Tik Tok que segueixen els més petits té un funcionament que penalitza la gent grassa o els entorns desordenats. Arriben moltes noies a l'hospital amb intents de suïcidi per no complir amb l'estàndar de les xarxes socials, perseguint l'haver de ser desitjades per agradar.

Molts dels intents de suïcidi, explica Bonificació (2020) que han estat per a perseguir el poder validar-se socialment, tenir la millor imatge, condicionar-se per pressions socials. Treballem des de què significa ser dona i la seva relació amb les tecnologies. Es treballa amb ells que les xarxes són versions idealitzades de la persona. S'ha

contactat des de l'Hospital amb Dulceida (noia jove casada amb una altra noia) i Rosalia, dues influèncers amb major nombre de seguidors i molta validació social per a que puguin parlar amb els adolescents. Per a treballar amb joves aquests aspectes, has de buscar influencers amb validesa molt joves.

Explica també que la sèrie de Netflix **13 reasons why** ha posat el debat dels suïcidis entre els adolescents sobre la taula. Està protagonitzada per una jove adolescent que explica, a través de 13 cintes de cassette, perquè decideix suïcidar-se. La sèrie, inicialment de moda a Estats Units i actualment a la resta del planeta, d'impecable factura, ha causat força polèmica perquè tracta d'una **forma molt realista i molt crua una qüestió que la societat continua etiquetant com un tabú.**

Dr. Ferrer (2019), psiquiatra de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron, i Villar (2019), psicòleg clínic i coordinador del programa de conducta sobre suïcidis en els adolescents de l'Hospital Sant Joan de Déu, remarquen la importància de trencar els tabús però amb compte, ja que està demostrat que un suïcida pot portar-ne a un altre. Diferents estudis parlen de l'efecte de la imitació en la conducta suïcida com a factor de risc en l'adolescència. Els doctors Ferrer i Villar no aposten per la sèrie però comenten que els adolescents l'acabaran veient per repercussió social. Aposten doncs de nou, per la comunicació ja que e els suïcidis adolescents hi ha molta imitació. Parlen de que com més tard la vegin, millor. Per a poder parlar-ne i ajudar-los a entendre les coses que hi passen.

Quan un adolescent estigui en etapa més avançada del desenvolupament psicosocial, i pugui entendre tot això i no sobre identificar-se, es pot abordar. La sèrie, dóna la idea d'entendre el suïcida en un moment on un pot tenir una desesperació o que es pot veure atrapat en una situació en la que no veu sortida, i en aquell moment, el que es pot treballar amb l'adolescent són les sortides. Comenten ambdòs professionals que la sèrie fa por perquè a cada una d'aquestes raons que exposa l'adolescent hi ha mil solucions, que ells no veuen, però que no s'ha d'acabar. Quan hi ha una sobre identificació de l'adolescent que està patint i està amb la seva capacitat de veure el món amb menys perspectiva hi ha un risc.

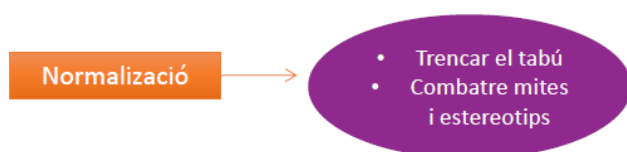
Els experts però, coincideixen que el contingut de la sèrie no és adequat pel públic més jove. Els adolescents que estan en una situació de risc es poden sentir-se identificats, ja que està molt ben representada. "Les imatges, les històries, encara que només siguin vistes, **generen un impacte sobre les seves emocions**", afegeix

Batalla (2018). "I no tenim la garantia de què aquest jove que veu la sèrie tingui la possibilitat de parlar-ho, de reflexionar-ho, amb un adult".

"**La mimetització està descrita fa molt de temps**", comenta Villar (2019) sobre els riscos de l'exposició a continguts audiovisuals com el que planteja la sèrie. "De fet, la prevenció és tan important per això, perquè no només afecta la persona, afecta la persona i el seu entorn. Perquè quan una família té un cas de suïcidi consumat posa en risc a la gent del seu entorn, es converteix en factor de risc".

Una de les qüestions que planteja la sèrie –una de moltes– és la de l'**assetjament escolar** i com aquest pot acabar sent un detonant. L'assetjament escolar, efectivament, està identificat com un factor de risc, agreujat en els darrers anys per l'explosió de les xarxes socials: "L'assetjament escolar ha existit sempre, però amb les xarxes socials estem veient altres mecanismes de com aquesta pressió es pot exercir 24 hores al dia i a més sense cap mena de limitació", explica Batalla (2018).

El cas més extrem de la **perversitat de les xarxes** el trobem en jocs com el de la balena blava, sobre el que recentment s'han detectat casos a Catalunya: "Portem treballant quatre anys amb el programa específic d'abordatge i de tractament de la conducta suïcida en el menor, i els quatre anys portem treballant amb aquestes situacions, blocs, després els grups de whatsapp. Estem davant de tot un repte", afegeix Villar (2019).



El Doctor Ferrer (2019), explica que hi ha moltes intervencions a nivell de salut que estan a favor de poder afrontar aquesta problemàtica.

L'adolescent acabarà veient la sèrie, i si ho prohibim l'acabarà veient amb amics. Insisteix, en que és important acabar parlant del tema. "Explicar-li de la manera que ell ho pugui entendre, no de la manera que li explicariem a un amic adult. Hem d'intentar entendre l'adolescent però sí que és important explicar-li que són aspectes que no es poden banalitzar, els adolescents més avançats sí que poden tenir un concepte més similar al de la vida i la mort que tenim nosaltres, però amb adolescents més joves, la

consciència que tenen del que significa suïcidar-se no és el mateix". Parlen de considerar adolescent des de la psiquiatria des de la pubertat fins els 25 anys.

Destaquen l'**Efecte Werther** i **Efecte Papageno** com a elecció de silenci o prevenció. Depenent de com es transmet i si es transmet informació per les xarxes o mitjans, pot actuar com a un factor de risc o bé un factor protector.

L'exposició inadequada en els mitjans de comunicació sobre suïcidis pot produir un efecte contagi o efecte Werther, mentre que determinades característiques adequades poden tenir un efecte protector o efecte Papageno.

L'**efecte Werther** descriu la major taxa de temptatives o suïcidis consumats després que el suïcida d'un individu sigui exposat en els mitjans, generalment d'una persona famosa". Un fenomen estudiat per la ciència des de fa temps i el focus dels debats i de preguntes encara no resoltes. Els primers casos van aparèixer a finals del segle XVIII. Després de llegir la novel·la "Les penes del jove Werther" de Johann Wolfgang von Goethe, dotzenes de joves es van suïcidar. Moltes vegades vestits exactament com el protagonista de la història, amb jaqueta blava i armilla groga, o amb el llibre a les mans, dotzenes de persones en tot Europa van acabar amb les seves vides abans de temps (Ziegler & Hegerl, 2002). El primer estudi que va intentar quantificar el fenomen de les imitacions de suïcidis en connexió amb els efectes dels mitjans de comunicació és de Phillips (1974).

Posicionar el suïcida en una realitat silenciosa per part dels mitjans pot ocasionar efectes negatius sobre la població a qui es destinen. El contrari de l'efecte Werther és l'efecte Papageno, que es considera que parlar de manera responsable d'una notícia pot tenir efectes preventius sobre la conducta suïcida. Els defensors de l'efecte Papageno proposen que s'informi de casos en què es va aconseguir superar episodis de crisi suïcida perquè d'aquesta manera l'efecte imitatiu podria incidir beneficiosament sobre la població. Herrera (2015) parla sobre la importància de ser un efecte protector parlar a la premsa sobre la ideació suïcida, i no només limitar-se a parlar dels efectes perjudicials, sinó que també de l'abordatge positiu.

D'altra banda, els **factores protectors** són les circumstàncies, característiques, condicions i atributs que faciliten una salut integral de la persona jove, així com el seu desenvolupament com a individu.

FAROS (2019) projecte de l'Hospital Sant Joan de Déu, aborda els diferents factors protectors per a evitar que els pensaments empitjorini, dónin pas a tenir desitjos de morir o d'acabar amb la pròpia vida. Cal potenciaar doncs:

- Una bona comunicació familiar.
- Participació activa en les activitats familiars.
- Vinculació a grups de pertinença o a projectes (encara que aquests siguin individuals).
- La sensació de ser útil i valorat per les persones significatives, tant família com a grups d'iguals.

Francisco Villar (2018) explica en la IX Jornada de la taula Salut Jove del Vallès sobre el suïcidi, que les característiques evolutives de l'etapa adolescent que predominen són les següents:

- Necessitat de pertinença al grup
- La intensitat en la vivència de les relacions
- Major impulsivitat
- Infravaloració dels riscos

Exposa que els grups de joves més vulnerables són entre un 20-47% de la població adolescent psiquiàtrica, que realitza una temptativa auto lítica abans dels 18 anys.

La cultura actúa com a factor protector. Culturalment, s'ha associat la mort de maneres diferents al llarg de les dècades. Cyrulnik (2014) relaciona la cultura amb l'erotització de la por a morir. Els jocs perillosos per als nens, domestiquen el temor.

Hi ha ritus culturals d'iniciació que permetien als nens familiaritzar-se amb la idea de la mort, afrontar-la i triomfar sobre ella.

Quan les condicions educatives protegeixen els nens de tot perill, els estan privant a l'hora del plaer de vincular-se a aquells que els protegeixen.

Parla doncs, que el que millor protegeix a un nen és un "poble". El que millor teixeix la seva afecció és el apaivagament de les seves angoixes i no la satisfacció de les seves necessitats.

El que permet la transició entre la cultura d'aquest poble i el desenvolupament dels nens que hi viuen és la solidaritat que estructura els rituals quotidians i dóna sentit a l'existència.

Pel que fa al context històric i religiós de la societat, s'ha associat de manera negativa el suïcidi en les diferents etapes següents:

- San Agustí (s.IV) no coneixia el suïcidi, considerant-lo incompatible amb els valors cristians.
- L'església catòlica, condemnava el suïcidi, realitzant una excomunió de suïcidis i els seus familiars, enterrant-los en terreny no autoritzat i confiscant els seus béns. Aquesta actitud, va anar-se atenuint gradualment durant els segles XX i XXI.
- Per altra banda, l'Islam i el Judaisme condemnen el suïcidi.
- El Budisme i l'Hinduisme no en tenen una visió negativa.

Per tal d'englobar de manera general els factors protectors i factors de risc en el suïcidi, s'inclou la següent taula del CNJ (2018).

Taula 14. Factors de risc i protectors més comuns en els adolescents, 2018.

Factors de risc en el suïcidi		Factors protectors:
Tot i que el risc de suïcidi és multifactorial i de caràcter molt individualitzat, podríem classificar certs factors de risc en:		
Factors de risc individuals:	Factors de risc ambientals:	
<ul style="list-style-type: none">• Trastorns de l'estat d'ànim (depressió, trastorn bipolar...)• Trastorns de la conducta alimentària• Alcoholisme i/o abús de substàncies• Antecedents familiars de suïcidi• Haver-ho intentat prèviament (el 40% dels casos)	<ul style="list-style-type: none">• Patir abús i violència i/o mantenir relacions conflictives• Patir <i>bullying</i>, <i>ciberbullying</i> i/o <i>mobbing</i>. Pertànyer a col·lectius sistemàticament discriminats i desatesos: indígenes, migrants, persones refugiades, LGBTIQ+, preses...• Trobar-se en situacions difícils (pèrdues, conflictes personals, problemes socioeconòmics...)	<ul style="list-style-type: none">• Bona salut emocional• Espais emocionals en totes les etapes educatives• Habilitats socials• Capacitat per resoldre problemes• Bon suport familiar i social• Tenir accés als recursos de salut• Polítiques de salut emocional i salut mental en l'administració pública

Consell Nacional de la Joventut de Catalunya, 2018: *Guia de prevenció del suïcidi i acompanyament de dol, "Encarem el suïcidi juvenil"*.

6. Abordatge i acompanyament des del Treball Social

6.1. Deontologia del Treball Social

Colom (1998) porta a reflexionar als professionals sobre l'ètica de les institucions, organitzacions, empreses de benestar social i també sobre l'ètica de les persones que en formen part. Dóna importància a que les persones que ocupen càrrecs en les institucions que treballen per al benestar de la societat, han de tenir una alta sensibilitat i una intel·ligència intra-personal, ja que les relacions entre usuari i professional poden arribar a ser molt estretes.

Concretament, el Treball Social atén a persones vulnerables que presenten necessitats i mancances i és per això, que es destaca la importància de que el Treballador Social ha de tenir coneixements sobre habilitats socials, control i maneig de les emocions, i la seva actuació ha d'estar basada en un codi deontològic que reguli l'ètica de la professió i sobretot, una sensibilitat que permeti a l'usuari expressar-se per aconseguir èxit en el treball a desenvolupar.

Colom (1998) classifica l'ètica com a "element primari, fonamental, accessible i obligat de cada individu" ja que ha de tenir en compte que la nostra societat es desenvolupa en un ambient canviant i s'ha de tenir prudència i responsabilitat tenint en compte situacions com l'eutanàsia, el suïcidi o l'avortament.

L'abordatge i prevenció del suïcidi és una prioritat per a l'Organització Mundial de la Salut (OMS 2012) i per a tots els serveis de salut.

6.2 Abordatge del Treball Social Sanitari a l'Estat Espanyol:

A nivell Estatal, les comunitats que mencionen el Treball Social en les diferents fases que comprèn l'atenció al suïcidi infanto juvenil són les següents:

Taula 15. Comunitats Autònomes que incorporen el TS en la intervenció:

Any Estratègic	Pla	Localitat	Funcions del TS
2019 - 2023		Canàries	Participa de l'elaboració del diagnòstic, seguiment i intervenció.
2017 - 2021		Aragó	Realitza seguiment i intervenció i participa de les estratègies de prevenció en les unitats de Salut Mental
2016 - 2020		Extremadura	Coordinacions dins els equips multidisciplinars de Salut Mental
2015 - 2019		Cantàbria	Participa de les estratègies de prevenció, forma part de l'equip assistencial de SM.
2018		Asturies	Dóna suport en estratègies de prevenció i realitza una valoració social i familiar
2018		Castella i Lleó	Detecta i valora el risc, dóna suport emocional i social, eines per a desenvolupar-se en l'entorn social.
2018		La Rioja	Dóna assistència a través d'un programa d'Intervenció Intensiva conjuntament amb altres professionals.
2016		Madrid	És el professional que estableix un vincle terapèutic més estret amb qui es treballen estratègies de prevenció.
2014		Navarra	Elabora pla d'intervenció davant el risc auto lític.

Les fonts utilitzades per a les dades anteriors han estat les següents:

- Canàries: Plan de Salud Mental de Canarias 2019 -2023, Gobierno de Canàries.
- Aragó: Plan de Salud Mental 2017 - 2021, Gobierno de Aragón.
- Extremadura: Plan Integral de Salud Mental de Extremadura, 2016 - 2020, Gobierno de Extremadura.
- Cantàbria: Plan de Salud Mental de Cantabria 2015 - 2019, Consejería de Sanidad. Gobierno de

Cantabria.

- Asturies: Protocolo de detección y manejo de casos en personas con riesgo de suicidio, Consejería de Sanidad 2018 -2020. Gobierno de Asturias.
- Casella i Lleó: Proceso de prevención y atención a la conducta suicida, Junta de Castilla y León, 2018-2021, Gobierno de Castilla y León.
- La Rioja: Plan de prevención del suicidio en la Rioja, 2018. Gobierno de la Rioja.
- Madrid: Guía para la detección y prevención de la conducta suicida, 2019. Gobierno de Madrid.
- Navarra: Prevención y actuación ante conductas suicidas. 2014, Gobierno de Navarra.

De les 17 comunitats autònomes i 2 comunitats peninsulars que comprèn Espanya, només 9 d'elles incorporen el Treball Social en la intervenció en suïcidi en alguna de les seves fases: prevenció, detecció o intervenció.

A **Canàries**, el Treball Social participa en l'equip multidisciplinar a l'hora d'elaborar un diagnòstic de l'usuari. En les etapes de seguiment i intervenció es menciona el TS en la importància de la prevenció, juntament amb psiquiatres, psicòlegs clínics i infermeria.

A la comunitat d'**Aragó**, el TS s'encarrega del seguiment i intervenció amb els usuaris conjuntament amb els infermers especialistes. Es destaca com a una figura essencial capaç per atendre als col·lectius que presenten risc suïcida on sigui necessària l'actuació.

Extremadura menciona al TS com a part de l'equip multidisciplinar en atenció a conductes suïcides que pertany a les diferents àrees de salut de la comunitat, però no menciona funcions específiques d'aquest professional.

A **Cantàbria** el TS forma part dels objectius específics conjuntament amb l'equip multidisciplinar.

Astúries la valoració social i familiar de l'entorn de l'usuari la realitza el TS, on es valora el risc real de la conducta suïcida, també tenint la tasca d'elaborar informes i coordinacions amb la resta d'equip de SM.

A **Castella i Lleó** compten amb el programa SACYL centrat en poder detectar i intervenir en la conducta suïcida des d'Atenció Primària. En aquesta comunitat és on

es descriuen de manera més específica les intervencions del Treball Social, que engloben les següents:

- Detectar i avaluar el risc suïcida (Metge de família, DUE i TS).
- Promoure un entorn protector i establir vincle terapèutic amb l'usuari (Psiquiatra, DUE i TS).
- El seguiment terapèutic es realitza pel professional TS, que compta amb un PLA específic.

A la **Rioja** el TS és qui realitza seguiment a l'usuari conjuntament amb la resta de professionals, però apareix específicament en la prevenció del suïcidi en menors i adolescents en coordinació amb serveis socials, a l'àmbit penitenciari i també en la descripció de l'abordatge com a figura ideal per a la intervenció en conducta suïcida.

A **Madrid** es parla del TS com a professional que mantindrà un vincle més estret a nivell terapèutic per a donar suport i atendre emocionalment als problemes socials que té la persona i que en deriven en idees suïcides. Es considera un professional de confiança.

A **Navarra** es considera el TS un professional de confidencialitat qui també opta a una formació continuada en SM en l'atenció al suïcidi. Es parla sobre funcions genèriques multidisciplinars, on se l'inclou també com a part de l'equip.

6.3 Treball Social Sanitari i suïcidi a Catalunya:

El grup diana en el que centra el següent treball són infants i adolescents que comprenen edats entre els 9 i 25 anys. Pel que comprenen dues franjes sanitàries d'atenció:

- Dels 9 als 18 anys són atesos des de CSMIJ (Centre de Salut Mental infantojuvenil).
- Dels 18 als 25 a CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults).

El Codi Risc Suïcidi dona atenció d'emergència a la sospita de Risc de suïcidi en ambdòs grups d'edat, conté diferents fases (que per a cada col·lectiu té les seves particularitats) i el **procés assistencial** és el següent (**Taula 16**) :

FASE 1	FASE 2	FASE 3
Primera atenció al RISC ALT de suïcidi	Atenció a la temptativa de suïcidi amb o sense risc vital	Seguiment proactiu post alta i reavaluació del risc
Atenció Primària CAP /CUAP CSMA CAS Forces de seguretat Bombers Policia Local..	Urgències hospitalàries Ingrés hospitalari	Risc Alt / Moderat: Seguiment CSMA/CAS: Seguiment proactiu als 10 dies de l'alta hospitalària per CRS. CSMIJ/Hosp. de Dia: Seguiment proactiu <72h. Intervenció intensiva al pacient i familiars
		Seguiment proactiu CRS amb suport a la vinculació 061 Cat Salut Respòn i EMSE
		Seguiment preventiu longitudinal CRS 12 mesos

Font:Elaboració pròpia. Informació extreta de Generalitat de Catalunya (2013)

Abordatge sanitari a Catalunya:

L'atenció als menors de 18 anys, que seràn atesos des de CSMIJ (Centre de Salut Mental Infants i Joves), el codi risc suïcidí descriu el següent en quan a les especificitats en el cas de l'atenció a menors d'edat:

Quan es tracta d'un menor que presenta una conducta suïcida que no es pot sostenir des de l'entorn i és d'alt risc, s'ha de considerar com a extrema vulnerabilitat i com a una situació limitant. En quant a la presa de decisions, l'autonomia i la voluntat, podent causar un risc greu en la seva salut.

És imprescindible treballar amb l'entorn del menor, implicant a familiars o tutors legals des de l'inici, i informant al menor dels motius pels quals es fa.

La coordinació del cas serà amb els tutors legals o pares, cm també per comptar amb el seu consentiment per parlar posteriorment amb el menor en la fase de seguiment proactiu i poder valorar l'evolució.

L'etapa adolescent es caracteritza per la freqüència en la que es produeixen conflictes familiars, que de vegades, poden resultar un impediment per a fer seguiment del cas., procurant realitzar una gestió acurada de la situació del menor.

Professionals del CSMIJ de Martorell Illa & Sanchez (2020) han compartit el circuit que realitza l'adolescent una vegada detectat el risc suïcida. Un adolescent que verbalitza amenaces és derivat a l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona on és valorat per un psicòleg des de la unitat URPI (Unitat de referència psiquiàtrica infantil) que s'ubica en un mòdul específic del servei de Pediatria de l'Hospital de Sant Joan. Si és d'alt risc ingressa i en cas de ser moderat o baix es deriva de nou a CSMIJ per a ser visitat abans de les 72h, on es realitzarà seguiment durant un any. S'ompla un desplegable que adjunta més informació des de CSMIJ i que envien des de HSJDD, es valorarà si necessita una intervenció amb psiquiatra, psicòleg o des de treball social. No es compta amb un protocol específic d'actuació per a Treball Social des de CSMIJ.

El Treball Social s'entén com a figura que es coordina amb l'hospital quan hi ha un intent autolític greu, tot i així, actualment no s'en coordinen tots els casos, i molts d'ells arriben per ajuts a nivell socio-familiar, però no per temptativa com a primer motiu. Expliquen que les derivacions a TS és perquè des d'hospitalització es considera que hi ha un aspecte social rellevant a abordar, però no per a treballar des de l'àmbit social o familiar. No sempre que s'activa un CRS des d'hospitalització es coordina.

Molts pocs casos expliquen les professionals ingressen a la unitat d'hospitalització, i molts d'ells amb alt risc autolític, arriben de nou per a ser visitats des de CSMIJ. Realtzen un triatge molt selectiu.

Les famílies comenten que són molt col·laboradores amb el procés.

L'hospitalització psiquiàtrica infantil s'entén com un recurs terapèutic i rehabilitador que ofereix una atenció integral centrada en el nen i la seva família. Les intervencions són individualitzades i interdisciplinàries, i treballen amb objectius concrets i temps limitats. També es garanteix la continuïtat de l'atenció entre les diferents instal·lacions hospitalàries i comunitàries implicades en el procés d'atenció a la infància.

Preguntar a l'adolescent sobre les idees suïcides no incrementa el risc suïcida, més aviat tot el contrari (Lancet, 2012)

L'URPI és la unitat que valora i treballa amb els adolescents que presenten conducta suïcida, disposa de 4 habitacions condicionades per atendre els nens en espais individuals o compartits, en funció de les seves necessitats. El servei està destinat a nens amb problemes de salut mental i en crisi, que no ha pogut ser tractat de forma ambulatoria i que per la seva gravetat i risc requereixen una intervenció intensiva i contenció.

El procediment és el següent, com explica Bonificació (2020) Treballador Social de la URPI de l'HSJDD: Qualsevol gest suïcida o ideació autolítica, tot i no arribar a fer-ne l'intent arriba a urgències. Si són adolescents que estan molt greus o han fet temptativa van directament a la UCI. A urgències els visita psiquiatra i si ha fet una sobreingesta medicamentosa i s'ha de fer rentat d'estómac, intervé pediatria.

D'urgències passen a la planta de pediatria, i de pediatria poden anar a CSMIJ i retornar al seu entorn habitual o passar a la planta de salut mental. Inicialment van a planta de pediatria (i no planta de psiquiatria perquè s'aposta per evitar iniciar circuits de salut mental i poder retornar al medi). Allà hi són de 24 a 48 hores i necessiten obligatòriament l'acompanyament d'un adult.

Bonificació (2020) comparteix que la part que interessa al treball social són els factors ambientals. Per tant, veure en aquesta estància de pediatria quina part és pròpia de la persona i quina són causades pels factors ambientals. El TS observa també molt a l'adult acompanyant, el vincle que té amb l'adolescent. Durant aquesta estada també hi ha psicòlegs i psiquiatres que realitzen valoració conjunta amb TS.

De manera conjunta, des de les tres professions es consensuen els factors socials de risc per a implicar de manera directa el professional del Treball Social. Aquests són la fragilitat, el risc, violència domèstica, assetjaments (bullying...).

El factor precipitant pot ser un trencament amoròs, pel que des del TS s'analitza l'entorn i s'observa, perquè aquest menor l'únic suport que té és aquesta parella i hagi desencadenat en una temptativa.

Per tant, l'abordatge habitual és mirar quina **letalitat** té el gest i quina **rescatabilitat**. Un adolescent que pren la dosi exacta d'ibuprofè amb un antihemètic i avisa a algú abans de fer-ho, té una gran letalitat però també té rescatabilitat elevada, perquè ha comunicat, d'alguna manera ha demanat ajuda.

Hi ha casos que només es realitzen interconsultes entre PQ i PS i treballador social. Sempre la valoració és consensuada per a decidir com s'abordarà aquell adolescent. La valoració conjunta comporta si es donarà d'alta, que per això s'ha de veure garanties reals d'estar protegit per a retornar a la comunitat, o si és alta a Hospital de dia. Pot ser alta a CSMIJ amb CRS activat o pot derivar-se a la planta de salut mental també del mateix hospital sant joan de déu.

Cert és que en la mesura del possible, comenta Bonificació (2020) s'evita la derivació a la planta de salut mental però si les idees de mort persisteixen i tenim un entorn col·laborador però molt fràgil, s'hi deriva.

La URPI de l'Hospital Sant Joan de Déu (Unitat residencial psiquiàtrica infantil), conté tots aquests serveis anteriors, menys unitat de subaguts.

Quan són derivats a la planta de salut mental anomenada ITACA (unitat d'aguts), hi ha un marge d'observació professional de dues a tres setmanes. Aquí s'explora més que passa.

El professional parla de dos casos per a contextualitzar les actuacions del Treball Social, "El passat divendres van arribar dues noies, totes dues amb una sobreingesta medicamentosa i de 14 anys. Una d'elles impulsiva, una mica frontalitzada, mare amb trastorn de la personalitat, pares separats, un pare molt esgotat. S'ha intervingut per part del psiquiatra (pels antecedents familiars) i també treballador social (per l'abordatge social) i s'ha derivat a Hospitalització parcial (hospital de Dia).

L'altre noia és d'origen nepalí, no va avisar a ningú al fer sobreingesta molt greu i la mare se'n va assabentar per casualitat. En aquest cas, havia patit violència domèstica,

els pares estaven separats i la mare treballava moltes hores. Té un germà gran amb TMS, del que explica que té brots i és incontrolable, verbalitza voler desaparèixer.

Els casos més greus que necessiten una continuïtat després d'haver estat a ITACA són derivats a subaguts d'adolescents, a Benito Menni o a DGAIA, per a poder fer una retirada provisional i poder treballar amb la persona l'enfortir-se i treballar capacitats.

Una altra funció des del TS és la coordinació amb l'EVAMI (Equip de valoració al maltractament infantil, integrats per un psicòleg i un Treballador Social). Un dels col·lectius més elevats en temps de Covid ha estat el col·lectiu LGTBI, en general molts llatinoamericans. Es veu com la cultura va avançant poc a poc, recorda a quan aquí també estava mal vist i no s'acceptaven aquestes relacions. La funció del TS és contactar amb l'Evami per a fer una retirada d'un noi gay.

Quan passen a CSMIJ de nou, la fundació "Orienta" formada per TS, PQ, i PS, realitza totes les visites d'acollida amb CRS activat les realitzaria des dels CSMIJ'S de zona. Són professionals amb una línia de treball biopsicosocial.

Un dels models referents per a l'hospital, explica que és el Children's Hospital de Boston. Quan un adolescent arriba a psiquiatria se'ls dona un tríptic, se'ls explica perquè funciona així la planta i en funció dels motius pels quals ingressa, es tria quin professional intervé, **si és treball social**, psiquiatria o psicologia.

Quan són molt petits el treballador social observa més que s'entrevista. Les entrevistes són molt planeres i informals, sense bata, inicialment treballant el vincle i la confiança per a que em puguin explicar el seu dia a dia. S'aborda l'autoestima i també els projectes de futur. Interessa veure el projecte de futur per a trobar algo pel que tingui ganes de viure.

Comenta que arriben molts adolescents amb fracassos escolars, molt etiquetats, pels quals es realitza una xarxa de coordinació amb els equips comunitaris per a evitar que es desvinculin i assegurar-se que marxen amb el CRS activat. Sobretot comenta semblar-li essencial la coordinació tant amb Treballadors socials de CSMIJ com educadors socials comunitaris o de carrer ja que ells coneixen de primera mà les escoles i l'entorn del nen, pel que establim coordinacions amb els professionals socials que entren a les escoles, i els podem traspasar informació, per a que puguin continuar la línia de treball que hem iniciat aquí.

De vegades els adolescents no tenen interessos, necessiten conèixer gent nova, i ampliar xarxa social.

Totes les intervencions queden reflectides a l'informe d'alta, l'adolescent surt de l'hospital amb la part clínica i la part social.

El treballador social és qui observa si el menor té algú amb qui poder comptar o confiar per a demanar ajut (metge, professor, familiar)

El programa d'atenció a la URPI d'Hospital Sant Joan de Déu compta amb una escala per avaluar la conducta suïcida dels menors que presenta els següents ítems.

Taula 17. Ítems per avaluar el risc suïcida adolescent:

ESCALA MINI	SI	PUNTS	NIVELL DE RISC
Durant aquest darrer MES:			
1. Ha pensat que seria millor morir-se o ha desitjat estar mort/a?	<input type="checkbox"/>	1	RS BAIX 1-5 punts
2. Ha volgut fer-se mal?	<input type="checkbox"/>	2	
3. Ha pensat en el suïcidi?	<input type="checkbox"/>	6	RS MODERAT 6-9 punts
4. Ha planejat com suïcidar-se ?	<input type="checkbox"/>	10	
5. Ha intentat suïcidar-se ?	<input type="checkbox"/>	10	RS ALT ≥10 punts
Al llarg de la seva vida:			
6. Alguna vegada ha intentat suïcidar-se?	<input type="checkbox"/>	4	

(Font: Villar, 2018)

L'escala MINI pot donar resultat en tres nivells: Risc Baix, Moderat o Mitg o Risc alt:

Risc Baix	<p>Escala MINI d'1 a 5 punts</p> <p>Idees passives de mort</p> <p>Desitg de desaparèixer o deixar de patir</p> <p>Seguiment Atenció Primària</p>
Risc Moderat	<p>Escala MINI de 6 a 9 punts</p> <p>Pensament suïcida</p> <p>No planificació de la conducta suïcida</p> <p>Seguiment Atenció Primària de Salut o al Cente de Salut Mental</p>

Risc Alt	Escala Mini = o més alt de 10 punts Planificació de la conducta suïcida Avaluació psiquiàtrica Inclusió al protocol CRS
-----------------	--

La valoració dels factors de risc pot implicar una variació del nivell de risc suïcida. Els factors de risc presents i actuals que es tenen en compte són si la persona pateix d'un trastorn mental, presenta sentiments de desesperança, impulsivitat, agressivitat, nivell de consciència alterat. Que consumeixi alcohol o altres drogues, pateixi de malaltia somàtica greu, que **visqui sol/a**, absència de nucli familiar o social contenidor. Que tingui problemes socials, esdeveniments vitals estressants (atur, problemes de parella, familiars...). Tingui accés a mitjans letals o antecedents familiars de suïcida.

Des de FAROS (2019) les recomanacions per als familiars són acompanyar al metge de capçalera o pediatra de referència, qui valorarà el risc de la situació i derivarà si és necessari al professional, normalment de l'àmbit de la salut mental. Si es presenta una situació d'urgència o d'alta gravetat es pot acudir als serveis d'urgència de l'hospital referent, i en última instància, contactar als telèfons referents de la comunitat, 112 o 061 en el cas de Catalunya.

Per a **majors de 18 anys**, que seràn atesos des de CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults) El Departament de Salut compta amb un programa a Catalunya que treballa des de la prevenció, pioner al món: Codi Risc Suïcida que porta com a objectiu disminuir la mortalitat per suïcida i millorar la detecció de situacions de risc.

"La idea és protocol·litzar l'actuació amb aquest tipus de pacients a Catalunya, amb tots els pacients, per no només conèixer la situació real de la problemàtica, sinó també de les temptatives", explica Villar. "**Com diu l'OMS, la prevenció del suïcida ha de ser una prioritat i aquí s'està fent**".

Afirma CatSalut (2015) que la mortalitat per suïcida podria ser en gran part evitable, parlant de possibles millores que podrien implementar-se amb una gran col·laboració intersectorial. Hi ha intervencions sanitàries i de salut pública que mostren eficàcia per a la prevenció.

S'estima que cada any un milió de persones se suïciden al món i preocupa

especialment perquè és una de les primeres causes de mortalitat prematura en persones joves d'ambdós sexes (el grup de 25 a 44 anys constitueix el primer grup de risc). Així mateix, cal tenir en compte que les estadístiques no registren les temptatives o intents de suïcidi, tot i que s'estima que es produeixen unes 20 temptatives per cada suïcidi consumat.

El Departament de Salut (2014) ja va recollir les prioritats establertes per l'OMS (programa SUPRE) en el Pla de salut de Catalunya, impulsant projectes assistencials orientats específicament en aquest sentit. Així, va promoure la participació de Catalunya en el Projecte europeu contra la depressió, promogut per la Lliga Europea contra la Depressió (European Alliance Against Depression) i ha desenvolupat dues experiències, la primera a Barcelona (a la dreta de l'Eixample) i la segona a Sabadell.

En aquest sentit, cal destacar també el paper clau de l'atenció primària, la qual ja disposa de la Guia de pràctica clínica (GPC) de la depressió, que facilita la detecció del risc de suïcidi, l'avaluació de la gravetat i l'enregistrament a la història clínica. També s'hi preveu cercar i potenciar aquelles estratègies assistencials que puguin ser més efectives per detectar a temps el risc de suïcidi, millorar la resposta assistencial i evitar la seva repetició.

Aquest CRS comprèn un conjunt protocol·litzat d'actuacions assistencials i preventives adreçades a aquelles persones que, en el moment de contactar i/o acudir al sistema sanitari integral d'utilització pública (SISCAT), presentin un risc important de suïcidi que, de manera imminent o a curt termini, podria arribar a comprometre la seva vida, provocar una greu discapacitat o bé comportar una reducció important de la qualitat de vida de les persones.

Així mateix, és necessari assegurar la continuïtat assistencial postalta dels pacients atesos a l'hospital per conductes suïcides, per prevenir-ne la repetició, assegurar un seguiment preventiu proactiu per part dels centres de salut mental, així com l'adequat seguiment longitudinal des de l'atenció primària i la detecció precoç del risc elevat de suïcidi des de tots els dispositius assistencials.

En aquest àmbit, cal fer especial referència al marc de col·laboració amb les forces de seguretat i al protocol de col·laboració per a l'atenció a les urgències psiquiàtriques i al marc de col·laboració ja existent entre els departaments de Salut, d'Interior i de Justícia, l'Ajuntament de Barcelona, la Delegació del Govern a Catalunya, el Tribunal

Superior de Justícia de Catalunya, l'Associació Catalana de Municipis i la Federació de Municipis de Catalunya.

Així mateix, el Pla interdepartamental de salut pública (PINSAP), en una de les àrees d'actuació interdepartamental i intersectorial, preveu la prevenció de conductes suïcides amb l'activació del Codi risc de suïcidi en persones d'alt risc.

El CRS pretén contribuir en l'assoliment de tres objectius generals de salut claus i, per aquest motiu, també s'estableixen els objectius específics, que fan referència a la millora del procés assistencial a les persones amb risc de suïcidi des de qualsevol punt del SISCAT.

Doncs, els tres grans objectius de salut amb el CRS són:

1. Disminuir la mortalitat per suïcidi.
2. Augmentar la supervivència de la població atesa per conducta suïcida.
3. Prevenir la repetició de temptatives suïcides en els pacients d'alt risc.

El protocol s'organitza en objectius específics, criteris per a la detecció en cas de sospita (també des del telèfon 061 CatSalut Respon), un cribatge i avaluació del risc, una avaluació clínica especialitzada i valorar els criteris que s'exposen seguidament per a veure si la persona s'inclou en el protocol CRS.

Les fases del CRS són tres:

Fase 1. Detecció, sospita de risc alt i primera atenció. Activació del CRS. Es realitza una valoració inicial a qualsevol punt d'atenció del SISCAT (061 Catsalut respon, SEM, ABS, CUAP, CAS, CAC, CSM, HD). Es dona primera atenció sanitària. En cas d'hospitalització s'estabilitza al pacient, es valora a nivell psiquiàtric. A l'alta hospitalària s'activa el CRS en tots els casos amb risc alt. S'informa al pacient i a la família (consentiment informat verbal).

Fase 2. Seguiment proactiu després de l'alta (almenys 30 dies).

Aquesta fase de seguiment posthospitalari preveu dues accions complementàries:

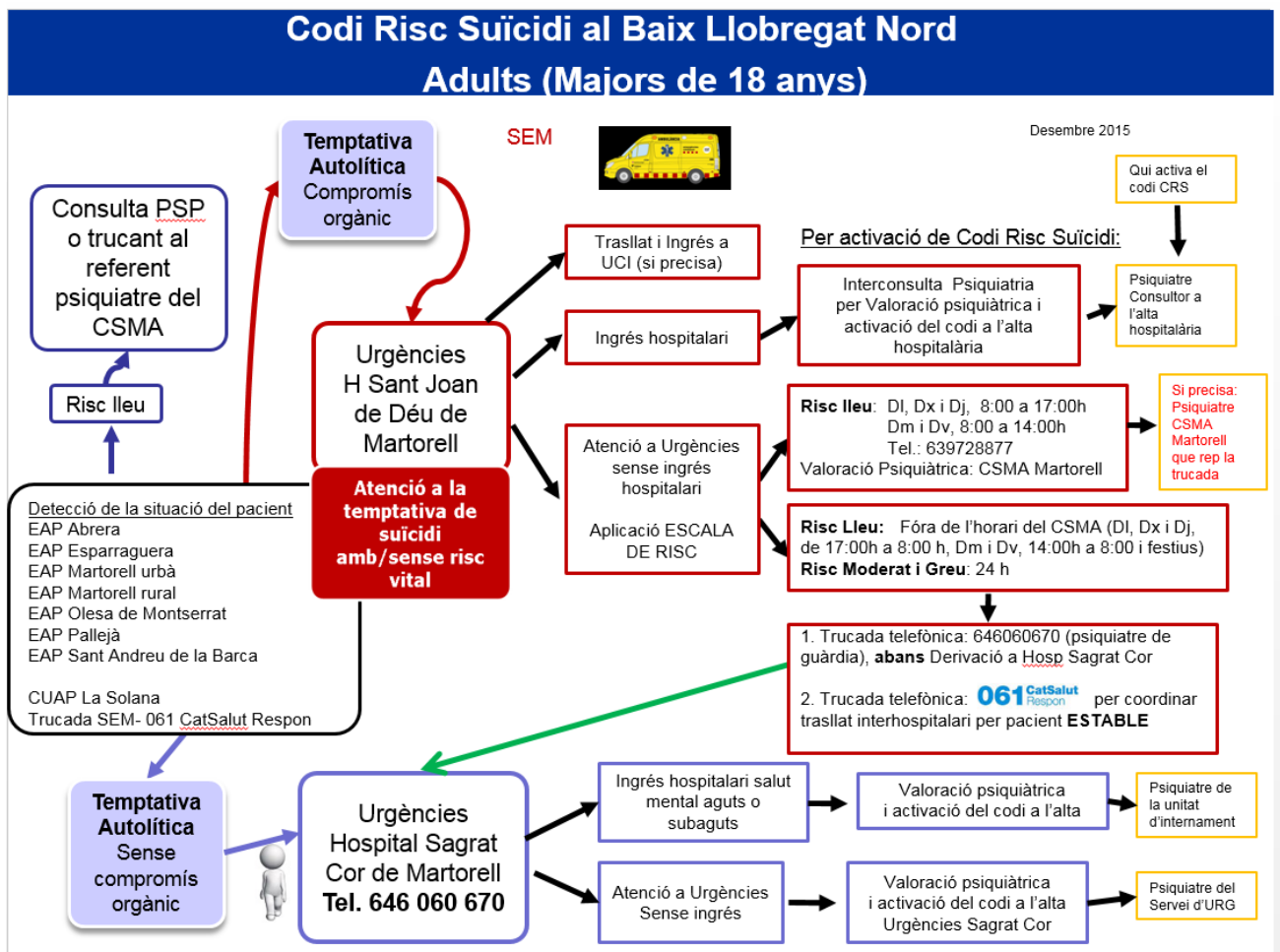
- a) seguiment proactiu presencial del servei ambulatori de salut mental o bé, de manera subsidiària, per part de l'hospital de dia, i
- b) seguiment proactiu telefònic als 30 dies de l'alta de l'hospital, per part del 061 CatSalut Respon o dels equips multidisciplinaris de suport especialitzat (EMSE).

En adults es contacta i es realitza visita en 10 dies i trucada als 30 dies des de 061 o l'EMSE.

Fase 3. Seguiment preventiu longitudinal (12 mesos). Es realitza una reavaluació del nivell de risc i control sinèrgic dels factors de risc modificables.

El Treball Social sanitari no intervé actualment en cap de les fases del Codi Risc Suïcida des de CSMA. Únicament el psiquiatra referent i la infermera de referència. En el CSMA de Martorell, el procediment per a majors de 18 anys de detecció i intervenció és el següent:

Taula 18. Exemplificació del circuit amb el Codi Risc Suïcida al Baix Llobregat Nord.



Font: Departament de Salut de Catalunya, 2016

Les indicacions a seguir són les següents:

- El Psiquiatra ha de registrar totes les temptatives autolítiques tant si s'activa el codi com si no s'activa.
- El Psiquiatra que registra/activa serà habitualment el psiquiatra de Ucias, el psiquiatra de internament i/o el psiquiatra consultor d'enllaç. Si es precis, podrà registrar/activar també el psiquiatra de CSMA.
- Activació Codi Risc Suïcidi implica, un seguiment proactiu post alta i reavaluació del risc:
 - CSMA/CAS: Visita 10 dies posteriors a alta
 - CSMIJ/HD: 72h posteriors a alta
 - Intervenció intensiva al pacient i familiars
 - Trucada del 061 al mes posterior de l'alta hospitalària

A la primera fase es fa la valoració inicial per part del servei de primercontacte amb la persona (sanitari, comunitat i/o forces de seguretat) i, si es detecta una situació d'alt risc, s'activa un trasllat al servei d'urgències hospitalari de referència (Hospital Psiquiàtric +18 i HSJDD -18).

Al servei d'urgències s'aborda l'estabilització física de la persona, es realitza una valoració psiquiàtrica per confirmar el nivell de risc alt (que serà el criteri per incloure el pacient al protocol CRS) i es valora la indicació d'ingrés hospitalari. Quan la persona surt d'alta, es fa una nova valoració del risc suïcida.

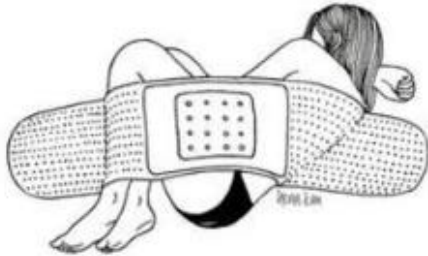
6.4 Prevenció com a estratègia global d'abordatge

El Parlament de Catalunya (2016) aprova una llei sobre salut mental en relació a la necessitat de polítiques de prevenció primària en el marc dels projectes interdepartamentals, proposant programes de formació en habilitats socials i emocionals en l'àmbit educatiu, encaminat a millorar l'afrontament de les situacions vitals i a prevenir el desenvolupament de patiment psicològic i el suïcidi.

Els programes destacats a Catalunya són els següents:

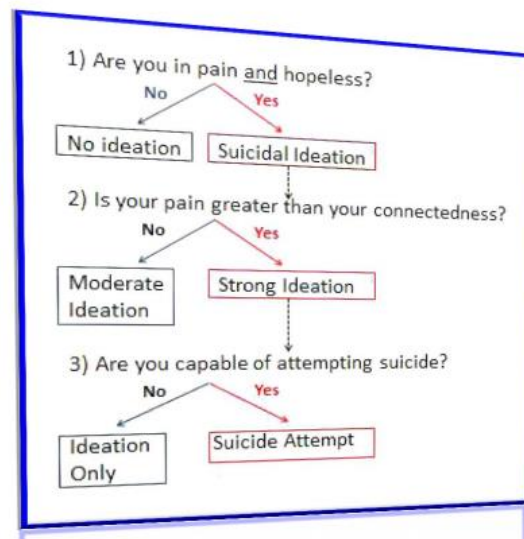
FAROS (2019), un projecte de l'Hospital Sant Joan de Déu (SJD) que aborda la conducta suïcida a l'adolescència, evidencia que gran part de les persones que presenten conducta suïcida evolucionen favorablement amb el suport professional.

L'equip professional vol donar visibilitat a la necessitat de gestionar el patiment dels adolescents, sense evidenciar que l'expressió de les seves idees siguin un toc d'atenció, sinó una **petició d'ajuda**. Recomana als pares prendre aquestes peticions d'ajuda de manera seriosa.



En quant a la detecció fóra de l'àmbit familiar FAROS parla d'àmbit escolar, àmbit sanitari, àmbit de lleure i altres centres de trobada menys formals importants per a la detecció i prevenció del suïcidi juvenil.

Hi ha tres tipus de prevenció en parlar de programes. La prevenció universal és per a tota la població. La prevenció selectiva per aquells grups de risc, i la prevenció indicada per aquells que ja presenten el problema. Per tal de reduir el risc de suïcidi, com exposa Castro (2019) hem d'orientar la tasca professional en reduir el patiment, incrementar l'esperança i millorar la vinculació, la connexió de les persones a grups de projectes personals per tal de reduir la capacitat del suïcidi. En aquesta afirmació, coincideix Bonificació (2020) afirmant que el treball dels professionals és observar la letalitat i la rescatabilitat de la conducta suïcida, per tant, buscar un motiu per viure.



A nivell escolar, els autors coincideixen en la necessitat de realitzar prevenció universal en les escoles, desenvolupant polítiques d'escoles saludables, desenvolupant projectes específics de prevenció:

- Programes de psico-educació
- Programes d'entrenament en habilitats
- Programes de formació de Gatekeepers
- Programes de detecció

Seguint les estratègies anteriors, es focalitzarien en posar especial atenció a l'alumnat i personal vulnerable, com també restringir l'accés als mètodes letals.

Un dels programes que ha demostrat eficàcia des de les escoles és l'anomenat Escoles SOS (Signes de suïcidi), orientat a alumnes utilitzant la tècnica ACT (Knowledge, Care, Tell): Ha mostrat ser eficaç en la reducció d'intents de suïcidi, l'increment de coneixements sobre el suïcidi, el canvi d'actitud envers el suïcidi i la depressió i les conductes de recerca d'ajuda.

Un altre dels programes escolars d'èxit és Sources of Strength , orientat a alumnes per a treballar els seus punts forts: la xarxa social d'iguals en la prevenció del suïcidi, l'assetjament i l'abús de substàncies. Mostra ser eficaç en: Formar a joves líders incrementa per 4 les probabilitats de recerca d'ajuda de l'adult en cas de tenir amics en risc de suïcidi (en comparació amb el grup control). És una intervenció orientada als factors protectors.

En relació a la prevenció indicada, destaca el grup **de suport: "Youth-Nominated Support Team (YST)"**. Poden formar part del grup professors o tutors amb 3 mesos de suport per part de l'equip de professionals. Mostra ser eficaç en la reducció de la mortalitat per suïcidi entre els adolescents d'11 a 14 anys.

A Canadà és pioner el programa P Empathy Publicat l'any 2014 realitzat amb alumnes que comprenen entre els 11 i 18 anys de nou escoles diferents. Els agents implicats són els següents:

- Educació, Atenció primària de salut i secundària de salut mental, serveis socials, policia local i altres. Les intervencions estan basades en identificar el grup de risc suïcida i el grup que pot funcionar com a element "protector". Facilita una ràpida intervenció cap al focus en aquells adolescents que presenten indicadors de risc. Es treballa des de la resiliència el coaching, com també es deriva a serveis psiquiàtrics o altres serveis socials necessaris per a vincular a l'adolescent i a la seva família.

Un altre programa pioner és l'OVK Program. Organitzat en 16 sessions de 50 minuts, sent les primeres vuit psicoeducatives.

Les vuit restants són orientades al desenvolupament



d'habilitats socials i d'afrontament, autoestima, resolució de problemes i presa de decisions.

S'utilitza la pràctica de debat, role playing i deures per a casa com a creixement personal.

Un altre programa pioner és el programa de prevenció P SEYLE.

L'Entrenament a alumnes (YAM CC) Companys conscients : Intervenció per augmentar el reconeixement: Columbia University and Karolinska (45 escoles, 2721 alumnes) i la utilització del **grup control** (40 escoles, 2933 alumnes).

7. Anàlisi i discussió de resultats

En relació al primer objectiu, **poder determinar els factors de risc i protecció que influeixen actualment en la població infanto juvenil davant la intencionalitat suïcida**, els resultats mostren que els factors de risc avaluats en la conducta suïcida són els següents. Determinants socioeconòmics: barri, escola, gènere, ètnia, factors acadèmics: fracàs escolar, absentisme escolar, víctimes de violència interpersonal: bullying, maltractaments, antecedents familiars: trastorns mentals, abús d'alcohol, antecedents personals: TM, conductes autolesives.

Comparant aquests factors de risc amb la pràctica professional que comparteix Bonificació (2020) els principals perfils que arriben amb ideació o intent autolític són adolescents amb factors estressants ambientals normalment generats per la família, l'escola o el grup d'iguals. Habitualment el gran grup LGTBI està molt present, i en aquests dos mesos enrere, ha augmentat notablement. Per tant, es corrobora que influeixen **determinants socioeconòmics**.

El Treballador Social comenta que solen ser adolescents que per risc de l'entorn o vulnerabilitat pròpia, no tenen eines per a gestionar aquestes situacions, que de vegades, ni les pròpies famílies tenen. Destaca en l'augment d'intencionalitat suïcida en col·lectius LGTBI que la situació de confinament ha fet passar més estona amb adults que no comprenen la sexualitat de l'adolescent i pressionen més ocasionant situacions de vulnerabilitat. En molts d'aquests casos la família no dona suport.

Com argumenta Villar (2017) els adolescents no se suïciden per una sola causa, trobant com a factor comú un aïllament social i desvinculació de l'entorn, com també el sentiment de ser una càrrega pels altres. En relació aquest últim punt, Bonificació (2020) explica que arriba molt perfil d'adolescent amb situacions familiars econòmiques complicades, pel que pensen que és millor treure's del mig i no suposar una càrrega econòmica de més.

Villar (2017) explica que són adolescents amb diversos problemes que no han pogut resoldre i han generat una situació greu d'angoixa. Per tant, coincidiria amb Batalla (2017) que parla de la orientació sexual, el bullying i les dificultats de relació amb els iguals com a factors de risc. És freqüent en els adolescents que les situacions que els desestabilitzen a causa d'acabar una relació de parella, una situació laboral complexa poden ser detonants en moments vitals complicats.

Hi ha una diferència de gènere important en la manera en que es provoca l'acte suïcida. Per tant un **factor de risc és el gènere com a determinant social**.

A nivell global, com esmenta Cyrulnik (2014) hi ha una gran diferència en el gènere. Els nens se suïciden més que les nenes, utilitzant armes de foc o l'estrangulament, mentre les noies, utilitzen principalment els fàrmacs. Una qüestió destacable és que els nois blancs se suïciden més que els de color. "Parla sobre la responsabilització, "com a pes pel jove" La desresponsabilització, provoca una espècia de "empobriment existencial. Exemple: Abans d'anar a l'escola els nens del Congo baixen fins als llacs amb cordes per omplir grans bidons d'aigua i a les nits van a distribuir-la a la gent gran. Luego vuelven a casa cansados y orgullosos *Misión Unicef, RDC, Septiembre de 2010*.

En relació als drets dels infants, l'autor parla de poder afegir com a dret a la convenció dels drets del nen per tal de reforçar als més petits el donar un projecte quotidià. En relació als seus drets s'ha observat que els menors d'edat no tenen veu a tots els països per a decidir sobre la pròpia vida. Parlant de que una idea de suïcidi pot ser ocasionat també, a part dels factors esmentats anteriorment, per a patir una malaltia terminal o greus condicions físiques /psíquiques.

En relació als factors acadèmics (fracàs escolar, absentisme escolar), Bonificació (2020) explica que arriben molts adolescents que no saben què fer, i primer s'ha de buscar el sentit de viure. Molts d'ells s'han desvinculat dels centres escolars, que era l'únic contacte que tenien a part de l'entorn familiar, a nivell social. De vegades ha estat per factors com el bullying o el cyberbullying generat en la mateixa aula. Pel que les **víctimes de violència interpersonal** formen part d'un factor de risc.

Apareixen les xarxes socials i els mitjans televisius com a eina de relació principal entre els joves, actuant com a factor de risc en relació principalment a l'autoestima. Bonificació (2020) parla des de la praxi professional de la relació entre les xarxes socials i el suïcidi com a factor de risc explicant que hi ha moltes pàgines, grups de xat, "la ballena azul, cyberbulling, es posen a enviar fotografies sense roba que després s'han escampat per l'escola i han fet intents suïcides de la pròpia vergonya. En relació **als mitjans com a eina preventiva**, la Generalitat de Catalunya (2016) aposta per la prevenció des dels mitjans de comunicació, com a eina per a la normalització a l'hora de parlar de la mort per suïcidi. Parlar d'estereotips i trencar el tabú del suïcidi infanto juvenil és un dels objectius que poden complir els mitjans sent una eina pedagògica social, podent parlar sobre com abordar i quines són les conseqüències que ocasiona. Parlar de la conducta suïcida no suposa l'efecte contagi

necessàriament, del que s'ha parlat anteriorment: Efecte Werther, podent contribuir a la prevenció del suïcidi.

La responsabilitat en la informació que es trasmet pot ocasionar un efecte de prevenció, enfocant-ho en relatar per exemple històries en primera línia de persones que hagin fet temptatives o hagin tingut pensaments suïcides i hagin superat la crisi de manera positiva, que funcionaria com a factor protector (Efecte Papageno, conegut amb aquest nom pel personatge de La flauta màgica de Mozart, que va suïcidar-se després de que nens li ensenyessin alternatives de la vida).

Sí que és cert que si el suïcidi es tracta de manera inadequada (de manera sensacionalista) pot augmentar el risc en les poblacions més vulnerables.

La divulgació que poden donar els mitjans sent una eina que arriba a tantes persones en quant als fonaments bàsics del risc de suïcidi, com també les associacions o entitats on acudir per a demanar ajut, proporciona informació i coneixement a la població com també prendre consciència de la importància dels hàbits i la salut.

El projecte FAROS (2019) aborda l'entorn multimèdia com a factor a destacar com a eix central en el món dels adolescents. Es relacionen en xarxes socials i aquesta realitat ha augmentat la complexitat del desenvolupament dels joves, amb situacions complexes de gestionar i alhora relacionades amb la intimitat. El fet de tenir accés il·limitat a la informació sense tenir en compte si són capaços de processar certs continguts, i alhora tenen eines de difusió massiva exposant-se també en altres aspectes que fins ara, eren exclusivament de la seva intimitat. Davant els canvis que presenta la situació tecnològica actual, per aquells adolescents en situació vulnerable es recomana la supervisió familiar i la comunicació, de l'ús que en fa d'aquesta eina. Poder parlar amb l'adolescent per a incidir que davant la bona intenció de compartir el seu malestar amb altres que puguin comprendre'l, puguin desencadenar conductes suïcides, com és per exemple, que un adolescent amb molts seguidors a xarxes socials, pugui tenir opinions massives contràries i no sentir-se entesos.

A causa de la controvèrsia existent en la literatura entre l'evidència trobada a favor de l'efecte Werther, i la trobada pel que fa a l'efecte Papageno, diversos països han decidit elaborar guies que promouen la responsabilitat de les notícies sobre el suïcidi.

A Catalunya, la guia: *Recomanacions als mitjans audiovisuals sobre el tractament informatiu de la mort per suïcidi* per la Generalitat (2016) s'aborden les diferents línies estratègiques per a fer prevenció del suïcidi en els mitjans. Pert tant, sorgeix la necessitat d'abordar des dels medis el suïcidi com a eina preventiva. Poder presentar la mort per suïcidi com a interacció multifactorial, no parlant d'una sola causa ni

identificar-la només amb una malaltia mental, per tal d'evitar un doble estigma sense relacionar valors socialment positius com és la heroïcitat el romanticisme o la valentia a l'acte suïcida.

És important no presentar el suïcidi com una via per a solucionar els problemes, sinó fomentar el buscar suport professional. Diferents estudis demostren que parlar del suïcidi no augmenta la tasa, però parlar del mètode emprat sí que per imitació pot augmentar el risc en poblacions vulnerables (Efecte Werther). També s'ha d'evitar parlar de com ha estat el suïcidi, sense dolor, senzill, per a no provocar aquest efecte imitació.

Els adolescents parlen molt sobre webs que promouen un discurs favorable del suïcidi. Cal no identificar xarxes socials o blogs d'Internet que incitin (fòrums del suïcidi, pactes de suïcidi), per tant

és convenient parlar de recursos preventius que són presents a les xarxes.

Per tant, respectar alhora la intimitat de les famílies i supervivents, per no promoure l'estigma ni poder identificar la persona.

Afirma Villar, en una entrevista de ràdio (2017) s'ha de parlar dels suïcidis amb els fills adolescents.



En relació als **antecedents personals i els antecedents familiars**, com diuen els autors: Nock 2013, el 80% dels adolescents suïcides expliquen haver estat en tractament de salut mental. Per tant, la patologia mental és un factor de risc important. Bonificació (2020) afirma que un dels perfils que més arriben a hospitalització són forces perfils amb trastorn límit de la personalitat.

El Consell Nacional de la Joventut (2018) recull les dades de que actualment el 90 % de les morts per suïcidi està vinculat a una afectació mental, és per això que recalca que treballar en prevenció en el suïcidi juvenil també és abordar l'**estigma** en Salut Mental.

Els adolescents estigmatitzats presenten, segons Villar (2017) un major risc d'intent suïcidi en supervivent de suïcidi que d'altres causes, aquesta significació desapareix

quan ajustes per estigma percebut. Aquests adolescents busquen menys ajuda professional, presenten un aïllament social, desesperança i secretisme en conseqüència de l'estigma. Destaca la culpabilització, negligència o mala praxis per part dels seus familiars, vergonya, increment del sentit de la responsabilitat Battermann (2013).

Per tant, els factors de risc avaluats, com presenta el Consell Nacional de la Joventut (2018) poden reduir-se en tres grans blocs: Factors psicosocials: Depressió, ansietat, temptativa prèvia, ús de drogues i alcohol, i comorbiditat psiquiàtrica). **Esdeveniments vitals estressants:** Problemes familiars i conflicte amb iguals. I per últim, **trets de personalitat:** Neocriticisme i impulsivitat.

En relació als signes d'alarma que presenta Villar (2019) es troba important que els professionals de l'àmbit social observin i detectin per a poder iniciar un treball a temps amb l'adolescent, perquè com remarca Villar (2019) és habitual que un/a adolescent visqui les situacions difícils amb més intensitat que a l'edat adulta, per la falta d'experiències prèvies i pel moment vital i característiques pròpies de l'etapa adolescent. És per aquest motiu que els pensaments de mort en els adolescents són més habituals del que es creu.

Destaca la prevenció i la gestió emocional com a factors protectors clau davant la ideació suïcida. Tot i així segueix sent una realitat invisibilitzada tot i ser una peça clau del dia a dia. Durant l'adolescència i la joventut es parla molt de salut física i no és tant comú fer-ho de salut mental. Per tant, la salut emocional queda en un tercer punt poc visible.

Ensenyar als joves a identificar emocions (tristesa, ràbia, culpa, por, enveja, gelosia) treballar limitacions i potencialitats, per tal de veure què ens arriba a afectar més, són un efecte directe sobre la prevenció del suïcidi (Villar, 2019).

És important ensenyar als joves que una bona salut emocional consisteix en entendre les experiències emocionals sense evitar-les, per tant, no és viure constantment feliç. L'educació emocional és essencial com a estratègia de prevenció, sent un procés permanent educatiu que se centra en treballar el desenvolupament integral de la persona, podent capacitar-la i donar-li l'autonomia suficient per afrontar el dia a dia (CNJ, 2018).

FAROS (2019) remarca en un dels seus projectes que els diferents factors protectors per a evitar que els pensaments empitjorini, dónin pas a tenir desitjos de morir o d'acabar amb la pròpia vida, s'ha de potenciar la comunicació familiar, la participació activa en les activitats familiars, la vinculació a grups de pertinença o a projectes (encara que aquests siguin individuals).

La cultura actua com a factor protector. Culturalment, s'ha associat la mort de maneres diferents al llarg de les dècades. Cyrulnik, B.(2014) relaciona la cultura amb l'erotització de la por a morir. Els jocs perillosos per als nens, domestiquen el temor. Hi ha ritus culturals d'iniciació que permetien als nens familiaritzar-se amb la idea de la mort, afrontar-la i triomfar sobre ella. Per tant, els factors protectors englobarien una bona salut emocional. Espais emocionals en totes les etapes educatives. Habilitats socials, capacitat per a resoldre problemes, bon suport familiar i social, tenir accés als recursos de salut, polítiques de salut emocional i salut mental en l'administració pública

En relació al segon objectiu, poder **identificar les bases metodològiques dels principals programes de l'abordatge en prevenció, detecció i intervenció en el suïcidi infantojuvenil del Treball Social Sanitari a Catalunya**, s'observa un programa pioner que engloba les tres fases anteriors.

En relació a la figura professional del Treball Social hi ha una mancança important en la participació del procés d'atenció al suïcidi, com també de la coordinació dins l'àmbit sanitari una vegada activat un CRS. Actualment, la responsabilitat és totalment mèdica, ja que no es treballa des de l'àmbit sanitari en un model circular. El Treballador social, a nivell de competències compta amb formació per a poder realitzar tasques (de seguiment, o d'intervenció).

Tots els intents suïcides de risc greu han de derivar-se a urgències, tot i que el professional que detecta el cas hagi de coordinar-se per protocol amb el psiquiatra referent. Tot i que el psicòleg tingui competències suficients les tasques s'han associat des dels protocols de manera arbitrària.

La persona d'infermeria referent, és qui passa escales per a valorar la intencionalitat suïcida.

El **suïcidi** doncs, actualment se segueix **associant a una urgència mèdica**. En una situació de desbordament, en el moment d'ingrés hospitalari la persona acut amb molta angoixa, un psicòleg o un treballador social podrien atendre a la persona, amb la

suficient formació en psicoteràpia de funcionament familiar. La persona al sortir d'alta d'urgències necessitaria un contacte diari amb qualsevol professional però això no existeix, en comptes d'una trucada 10 dies més tard. Doncs, ens trobem davant d'un problema de base que és que hi ha poca atenció social, pocs professionals sanitaris (TS i ES) per centres i no vinculació amb aquests casos d'alt risc.

Actualment, al Treball social se'l dona la funció únicament des de sanitat d'atendre a famílies per a tramitar ajuts i serveis de suport.

Aquesta figura, és la que més coneix a la família, inclús potser la seva llar, la seva trajectòria i és capaç també d'abordar què té a veure la família amb la idea tant greu que presenta el nen/a.

És cert que hi ha centres que funcionen de manera més descentralitzada, un cas és de tots els professionals, cada persona amb la seva formació específica realitza tasques específiques (teràpia concreta, tramitació d'una paga, medicar a l'usuari) però les intervencions es realitzen de manera més conjunta. Tots funcionen com a figures vinculants però treballen en la reparació vincular.

Són formes d'entendre la Salut, i en aquest cas, la Salut Mental. Si una urgència suïcida s'interpreta que és causada per una alteració en neurotransmissors, es justifica que només pot ser atesa per un psiquiatra. Si l'entendem com una necessitat d'abordatge familiar, podria entrar la figura del Treball Social, atenent a urgències quan no tenen necessitat farmacològica però presenten ideació suïcida.

Al final, els protocols són presents per a explicar que s'aborden aquests casos, però no s'aborden de manera multidisciplinar. Les tasques estan atorgades per com es factura la intervenció en el centre, el pes econòmic més elevat és el del metge, pel que la responsabilitat mèdica dóna més capital i és a qui es destina la funció d'atendre persones amb intencionalitat suïcida greu.

També és cert que el protocol i la manera de fer són força diferents.

Després de l'alta d'urgències de l'adolescent o el jove hi ha un contacte elevat de la persona patidora o dels familiars amb els professionals d'atenció primària. És important destacar que tenen un paper necessari en la detecció del risc com en el seguiment dels intents. Aquests professionals, també són qui tenen més informació de la persona que atenen i de l'entorn sociofamiliar. També els professionals socials, són en els que es diposita més confiança i s'estableix un vincle terapèutic més estret i

constant. Des de CSMA un psiquiatra que fa seguiment després d'una alta de CRS, veurà a la persona cada 3 mesos.

Una trucada telefònica que és el que proposa el CRS després de l'alta és distant. Tampoc es coneix al professional que truca en moltes ocasions i és complex parlar de la vida i la mort amb una persona amb qui no es té un vincle previ. Aquestes són funcions, de les que el treball social podria participar, des de centres de salut, centres de serveis socials i centres d'atenció primària. Caldrien professionals ben formats en serveis amb una mirada global davant el pacient i desenvolupats en aquesta perspectiva per assumir aquestes tasques, com també, una bona coordinació entre els equips de salut mental i la resta de professionals que intervenen en el cas.

La intervenció purament mèdica en els casos de suïcidi fa relacionar que són amb més probabilitat ocasionades per trastorns. Però altre part, les condicions de vida i la falta d'expectatives futures són desencadenants. En dades epidemiològiques, s'ha comprovat la relació entre l'augment d'episodis de suïcidi i les crisis socials.

El CRS i els diferents programes de prevenció del suïcidi no abarquen accions des d'altres àmbits que no sigui el mèdic, com bé podrien ser el polític, l'econòmic o el comunitari. L'abordatge és reduccionista per a persones que pateixen crisis econòmiques o es veuen afectades per altres problemes socials. Les problemàtiques socials estan sanitaritzades, trobant les causes en l'esfera de la patologia.

En relació a les novetats que vol aportar el **CRS**, millorar la detecció precoç del risc en qualsevol punt d'atenció, especialment al 061- Catsalut respon, remarca que la detecció es realitza des de la sanitat, quan podria aportar estratègies de coordinació per a detecció des d'escoles o altres centres de lleure, que poguessin establir per exemple reunions trimestrals de possibles pacients que verbalitzen ideació.

Per altra banda, un dels objectius que persegueix i tampoc s'acompleix en tots els casos és el prioritzar els pacients de més risc amb una atenció més proactiva. La resposta assistencial en pacients d'alt risc també és derivar-lo a CSMIJ, perquè no hi ha suficient espai i professional per a poder atendre a tota la demanda que arriba.

Invisibilitzar els factors socials i donar importància als factors psicopatològics donen lloc a iniciar plans de prevenció poc efectius, centrant el problema en allò individual per sobre lo col·lectiu.

Com exposa Ortega y Gasset (1966) els símptomes suïcides són problemes secundaris respecte als problemes primaris. Per a comprendre la clínica, s'han de

desglossar els problemes vitals, i recuperar el moment en el que la persona trobava un sentit vital d'estar.

En els països que s'ha estudiat la legalització de l'eutanàsia i el suïcidi assistit, el Treball Social tampoc intervé en la petició de mort, només intervenen metges i voluntaris d'associacions, quan és qui coneix més la realitat social, dificultats de salut i econòmiques. Per tant, ens trobem de nou amb una centralització professional mèdica d'aquest fenomen.

Moltes persones com s'han vist en els factors de risc determinant per a la intencionalitat suïcida fan temptatives degut a situacions vulnerables socioeconòmiques. En aquests casos, en els que necessitarien el treball social per a gestionar recursos, alimentaris per a cobrir els àpats necessaris, econòmics per a poder pagar les vivendes, i no tant mèdic, denota la necessitat de que aquest professional pogués integrar-se en aquestes intervencions, centralitzades en DUE i Psiquiatria fent una funció terapèutica i de contenció.

El Treball Social pot donar intervenció en funció terapèutica – social abordant amb la persona que vol dir això de suïcidar-se. Escoltar-la i entendre-la per poder donar suport als seus problemes principals emocionals i socioeconòmics.

En relació al tercer i últim objectiu, **comparar les funcions del TS Sanitari en els diferents Plans de Salut d'Espanya que atenen el suïcidi infantojuvenil**, s'observa el següent:

Les Comunitats autònomes que incorporen el Treball Social són Astúries, Canàries, Cantabria, Castella i Lleó, Extremadura, La Rioja, Navarra i Madrid. En línies generals comparant les diferents regions s'intervé en els casos quan el problema ja hi és. No hi ha protocol de prevenció específic o d'intervenció des del treball social. El Treball Social intervé en aquells casos quan el suïcidi no ha pogut prevenir-se o bé en el procés de dol amb les famílies. Tenen en comú els diferents plans de salut que el TS es coordina amb altres professionals dins l'àmbit sanitari, però no és una peça clau en la prevenció o intervenció, que recau en la part mèdica. És un professional polivalent al que s'associen tasques en les diverses fases depenent del cas i les seves necessitats, però no es considera un professional a primera línia, és per aquest motiu, que només apareix en deu guies.

Analitzant les diferents guies s'han trobat els següents resultats:

1. El treballador/a social és un professional que forma part de l'equip multidisciplinar en els centres de salut, donant especial atenció a les persones més vulnerables i amb més ideació suïcida. Comparant els diferents plans de salut, no es menciona al TS en relació als col·lectius de risc com en casos de violència de gènere, persones amb malaltia mental, o població en exclusió. En infants i joves s'ha d'abordar crisis socials i psíquiques, i en conseqüència treballar amb persones qui es plantegen el suïcidi amb constància, atribuint aquestes feines en gran part als professionals d'infermeria i medicina. .

2. Les primeres visites o entrevistes de valoració que realitza el TS, alhora comptant amb diferents membres de la unitat familiar és una eina per a poder valorar factors de risc i factors protectors en aquelles persones que han realitzat temptatives suïcides. El TS és qui analitza el suport que pot realitzar l'entorn i el suport social que té la persona. En les diferents guies, apareix únicament el psicòleg com a figura que realitza les entrevistes.

3. En la fase 3 del Codi Risc Suïcida que comporta el seguiment telefònic de casos, que molts d'ells s'ha fet previ seguiment des de TS, no apareix el Treball Social com a figura per a donar aquesta atenció, limitant-ho a infermeria o psiquiatra referent del centre de Salut Mental. .

4. El Treballador Social és un professional que compta amb les eines per a desenvolupar iniciatives socials que ajudin a potenciar les fortaleses de les persones, tot i així, no apareix en cap dels Plans de Salut. Tampoc es dona el pes al TS per a poder iniciar programes o grups per a treballar des de la prevenció.

5. Una de les funcions més importants des del Treball social és realitzar una valoració de la gravetat i exploració de la situació, per a valorar les demandes que realitza, donant una atenció psicosocial, tot i que l'entorn associa al TS únicament funcions burocràtiques.

6. S'han esmentat intervencions en relació al dol per familiar que s'ha suïcidat. Més importància dona a la prevenció per a que no s'associï al TS a tasques burocràtiques, ja que juga un paper essencial en la prevenció i hauria de ser una figura molt més destacada.

Doncs, en l'anàlisi realitzat en les diferents guies de les comunitats autònomes, es destaca la falta d'intervenció del Treball Social en diferents aspectes. Moltes d'elles són estratègies genèriques, sense aprofundir en les funcions específiques que realitzen. Es troba molt a faltar la figura del TS en la prevenció, ja que s'abarca el problema quan ja hi és present.

Tots els Plans de Salut tenen en comú que destaquen el TS com a professional que es coordina amb altres per a realitzar intervencions individuals i familiars, però no es destaca com podria ajudar en la prevenció.

El Pla d'Aragó de Salut Mental es destaca la necessitat en els equips del TS, fent crítica de que tot el pes hauria de recaure en treballadors socials i infermers, que són qui coneixen més els casos fent seguiments més sovint i més properes.

Navarra per exemple, davant de com actuar quan ha hagut un suïcidi consumat **en un menor d'edat**, qui participa del relat dels fets i contenció de l'entorn és l'educador social, però no fa menció al treball social.

Castella i Lleó aborda el procés de detecció des dels ABS (atenció primària). El Treball Social participa de les avaluacions de risc i també detecció amb metges, pediatres i infermers, però és l'únic professional que no participa del seguiment del cas.

En els programes dirigits a disminuir suïcidis, predominen també les intervencions mèdiques orientades a allò directe i concret, més concretament allò biològic. Es troben a faltar propostes per a l'abordatge dels problemes que impliquen a la societat amb l'increment de les desigualtats socioeconòmiques provocant diferències notables entre nuclis familiars.

Es requereix una mirada alternativa a la individualitat dels protocols, no hi ha protocols amb les funcions que podrien fer des del treball social en la gestió d'aquests casos, i també en els codis s'hauria d'introduir una mirada global, de caràcter social. En el cas concret del protocol CRS, es pot observar el predomini de l'orientació a la psicopatologia. Es troba a faltar la connexió amb altres àmbits que vincularien amb altres tipus de causes, com l'àmbit del treball social o la xarxa comunitària.

En relació a la comparativa d'intervencions del Treball Social en les diferents comunitats autònomes, s'analitza el següent:

- El suïcidi és un problema global que afecta a totes les edats sense excepció.
- Les guies o Plans de Salut de la resta de comunitats autònomes mencionen al treball social de manera molt limitada, sense especificar els projectes de

prevenció i detecció davant la conducta suïcida.

- És un professional clau per a la prevenció del suïcidi infanto juvenil. Un dels objectius de la professió és vetllar pels drets de les persones i millorar la seva qualitat de vida realitzant diferents intervencions i oferint els recursos dels quals disposa. Es treballa cap al canvi social, pel que tots els factors de risc (bullying escolar, famílies desestructurades...) requereixen d'eines i intervencions específiques per abordar les dificultats d'un menor.
- Moltes demandes cap al Treball Social solen ser dificultats econòmiques o bé familiars, pel que el TS pot intervenir en situacions de crisi on actua com a factor protector de possibles temptatives. Acaba posicionant-se com a un referent clau per a la persona, evitant amb la contenció emocional i seguiment, poder donar mètodes per a fer front a situacions complicades.
- Es destaca la importància dels metges i infermeria en les realitzacions de les entrevistes clíniques, o bé es compta amb la figura del psicòleg. No es reconeix la importància de la feina del TS a l'hora de treballar la prevenció davant el risc suïcida, s'exclou el parlar dels diferents col·lectius als que dona atenció.

Les funcions que apareixen en les diferents guies són col·laborar en les estratègies de prevenció sempre amb altres professionals, valorar la situació a nivell social i familiar, realitzar un seguiment a la persona, detectar el risc suïcida i atendre a les famílies. Aquestes intervencions apareixen com a principals en les tasques del TS però no de manera específica, que això ocasiona que la figura no sigui visibilitzada per la importància que té en la prevenció i seguiment dels casos que verbalitzen ideació o primeres temptatives. És important que es destaquí que contribueix en la millora de la vida de les persones i necessita fer-se més visible per l'ampli ventall d'intervencions que és capaç d'abastar i col·laborar en la prevenció del suïcidi. És per això que es considera el Treball Social un element clau per al canvi social.

Els projectes de prevenció pioners a nivell global, mostren en comú que hi ha una disminució de la incidència de temptatives de suïcidi (>50%), també en la incidència d'ideació/planificació de suïcidi, en la incidència de depressió i sobretot, que el nombre d'alumnes amb pensaments actius de mort decreix a prop del 50%. D'aquesta manera, les puntuacions de depressió i ansietat es van reduir significativament, ajudant a que hi hagués pares més compromesos i informats de les dificultats dels fills. Els professors i directors dels centres van indicar una marcada disminució de situacions de Bullying i en general, els resultats dels estudis dels

projectes anteriors, suggereixen que intervencions multidisciplinars, combinant la prevenció universal i indicada, poden tenir efectes més beneficiosos i perdurables (Silverstone 2017).

Per tant, les dades mostren que un petit retard en l'accés a un mètode de suïcidi pot ser suficient per aturar l'acte. Tenir accés a serveis de salut i benestar, a més de bones **connexions socials** dins de les societats, pot ajudar a reduir la prevalença d'autolesions, especialment en moments econòmics difícils. Els llocs on els joves passen temps a, com ara escoles, col·legis, universitats i serveis sanitaris, també poden oferir oportunitats de **connexió social**. Els mitjans de comunicació social que fomentin les **connexions socials** també podrien ajudar els joves a generar més resiliència i gestionar millor les incerteses com un mercat laboral deficient i la inseguretats financera. I per últim, un **millor finançament** dels serveis de salut mental també pot ajudar a protegir les poblacions més joves contra els efectes nocius de la crisi econòmica i altres tensions.

Per tant, pot analitzar-se que en tots els programes esmentats anteriorment es fa incís a la importància de treballar les estratègies socials. Alguns dels països no han establert una estratègia nacional de prevenció (OMS, 2017). Els suïcidis poden prevenir-se amb un abordatge multisectorial i integral, que compti amb figures del camp social com Treballadors Socials, per tal de treballar en mesures preventives eficaces, restringint l'accés als mitjans utilitzats, una informació responsable en els medis de comunicació, introducció sobre polítiques envers les substàncies i l'acohol, identificar i tractar amb anticipació, formar al personal sanitari envers la detecció i abordatge, i realitzar un seguiment i suport social.

És important a l'hora d'establir la intervenció dels diferents professionals i serveis de salut, parlar sobre quin és el millor nivell assistencial i quin ha de ser el paper de cada professional, separant l'abordatge, del tractament mèdic patològic al tractament de la situació CNJ (2018).

El poder donar un enfoc multisectorial integral permetrà que els mitjans televisius, la societat i les administracions públiques treballin en una mateixa línia.

És rellevant centrar-se més en dimensions biogràfic-contextuals del suïcidi i no només en les mèdic-simptomàtiques.

Per acabar, aquest enfoc permetria una orientació terapèutica global i inclusiva, on tindrien cabuda totes les intervencions dels diferents professionals sanitaris i socials.

Coincideix en la mateixa idea, que diferents agents poden detectar la intencionalitat suïcida, el psicòleg pediàtric Villar (2017), ja que molts dels adolescents ho verbalitzen amb amenaces o comentaris. Els especialistes tenen un rol imprescindible, però també els pares i companys, comenta Villar, "En la prevenció del suïcidi tots tenim alguna cosa a dir":

Batalla R (2017), també defensa l'abordatge multidisciplinar, sobretot el social. La psicòloga clínica posa èmfasi en que la prevenció va més enllà dels programes de detecció, també s'ha d'apostar per la **prevenció de carrer**, familiar, ha de ser un tema parlat a les escoles que pugui tractar-se de manera oberta. Explica que cal treballar amb els joves donant suport, estratègies i alternatives, que sentin que els adults els acullen, entenen i potencien les seves capacitats.

8. Conclusions

Les funcions del Treball Social Sanitari en l'abordatge del suïcidi infantojuvenil a Catalunya, objectiu principal d'aquest estudi, com coincideixen diferents autors, es basa en incrementar l'esperança de vida, reduir l'angoixa, explorar els factors ambientals, entrevistar famílies, intervenció directe amb l'adolescent i coordinació amb la resta d'equip multidisciplinar i també amb la pròpia xarxa de l'adolescent (escola, serveis socials, parlar amb els EAPS..). Tot això proporciona antecedents per a saber què està passant i quins factors d'estrès té l'adolescent. De vegades també s'hi sumen causes penals obertes.

Es conclou, que a diferència de CSMIJ o CSMA, on la valoració de l'adolescent és realitzada per psiquiatra o psiòleg, a la URPI de l'HSJDD, infermeria fa el primer triatge o psiquiatra però també participa el Treballador/a social en la intervenció d'urgències si el cas és greu o bé, si és una situació clara d'haver fet un intent per maltracte. El TS fa atenció directe a l'adolescent i exploració sense ser dirigida l'actuació.

Per a prevenir el bullying i el ciberbullying, l'educació emocional des de programes de prevenció és una eina essencial, com també el treball des de les escoles. Per a treballar la regulació de l'ira i prevenir possibles casos d'assetjament. Aquest és un enfoc que forma part d'una estratègia per a la prevenció de la violència, el comportament prosocial, l'empatia i la resiliència. Alhora contribueix a crear un clima favorable a la solidaritat, el respecte i la corresponsabilitat, tenint un efecte de prevenció al suïcidi juvenil, on molts casos, els adolescents no se senten integrats on passen la major part del dia, a l'escola.

A l'escola, es conclou que calen dinamitzadors en tot aquest procés preparats, i replantejar esquemes de l'escola, però hi ha masses aspectes que recauen potser, fora de la nostra zona d'acció i venen a ser una utopia quan parlem d'ells. Seria ideal, no estar en una aula tancats tantes hores, i fer més pràctica externa, conèixer el que ens envolta i aprendre de diferents maneres.

Al cap i a la fi, les persones per ser de diferent ètnia, nivell socioeconòmic, edat... tots venim a ser el mateix, persones amb la mateixa capacitat d'aprenentatge, i que les pràctiques educatives d'èxit ja mostren que la segregació no és la millor manera de gestionar ni aspectes com la immigració ni tampoc l'adaptació cap als diferents nivells d'aprenentatge, sinó que una aula on es fomenti l'aprenentatge dialògic i l'ajuda mútua obté millor finalitat.

En educació, calen professionals de l'acció social que eduquin per a la igualtat de diferències i en la igualtat de resultats. Que tot professional referent tingui clar quins són els reptes de present i de futur. I que alhora, a aquests reptes impliqui l'actualitat d'una manera productiva, com usar les noves tecnologies o mitjans de comunicació com a eina socialitzadora però alhora exposar-ne les oportunitats i també riscos. Doncs, podem afirmar que les pràctiques educatives d'èxit no hem de deixar-les de banda, ja que el fracàs escolar i



Font: Pinterest

l'abandó prematur dels estudis obligatoris són una realitat constant, i quan són molts casos que destaquen, no es el nen o nena que fracassa, sinó el sistema, el que està fracassant.

Per tant, els objectius des del Treball Social en relació l'educació emocional poden treballar-se per a que els joves adquireixin competències emocionals, incidint en en la consciència emocional, la regulació emocional de les emocions més presentades en l'adolescència (ira, ràbia), el benestar conscient, l'autonomia emocional, les habilitats socioemocionals i la presa de decisions responsables.

Aquest treball personal promou la consciència de la responsabilitat en les persones del que passa a l'entorn, alhora que ajuda a donar eines per afrontar la vida diària. De la mateixa manera que en salut física, la persona pot millorar de manera positiva, en salut emocional també passa el mateix, tenint en compte que la situació social, condicions vitals i predisposicions de cada persona són completament diferents.

El treball social té moltes més eines per explorar l'entorn, no només de les estratègies personals i el vincle sinó que compta amb un domini de la xarxa social, en la qual pot coordinar-se amb facilitat amb l'EAP, SS, Centres oberts, per a obtenir dades o realitzar una continuïtat amb l'adolescent.

Si amb els adolescents se sap jugar la carta de que no som agents clínics s'estableix un vincle diferent. Una de les coses que s'ha d'intentar transmetre és que són en un lloc segur i que a partir d'aquí construirem. Una funció principal és intervenir en allò que pugui evitar la reproducció de nou de problemes amb l'entorn.

En algunes institucions s'està realitzant un abordatge complet, i en d'altres no és així, ja que se centra en figures específiques en la intervenció. Pel que caldria que hi hagués un protocol com a línia d'unificació de criteris que inclogués als diferents professionals, sobretot socials, ja que els diversos autors des d'anys enrere defensen la ideació suïcida per a condicionants socials.

Des dels mitjans de comunicació i xarxes socials, és una realitat invisibilitzada, pel que en el document de Recomanacions als mitjans audiovisuals, i a xarxes que els adolescents s'hi passen bona part del temps, es troba a faltar noamlitzar que és molt humà que un adolescent tingui idees de mort, i que pugui haver suport per a que ho expliqui, que vol morir, però tractar què fem amb això que expressa.

Les xarxes socials tenen un gran impacte en els joves. En etapa adolescent són desencadenants de generar frustracions, ja que és una competència constant (a veure qui té més amistsats, qui té més "m'agrada" a les fotografies) i sobretot, competint per veure qui té una vida més perfecte que els altres. És per aquest motiu, que s'ha d'educar en les noves tecnologies. Com s'ha explicat anteriorment, la solució no és que la família restringeixi l'accés, ja que desencadena més frustració. La sensació de fracàs de les persones que no "aconsegueixen" aquest estatus són les que comencen a tantejar amb problemes emocionals. No es pot controlar tot i no només en els pares recau la culpabilitat. També hi té un gran paper important la patologia.

El suïcidi és omès o tractat de manera sensacionalista en gran mesura, un fet que no contribueix a solucionar el problema que suposa l'alt índex de morts per aquesta causa a Catalunya ni a la resta del món. En molts casos s'escull silenciar aquest succés al·ludint a l'efecte crida, o efecte Werther. No obstant això, l'OMS mai ha recomanat aquesta pràctica, perquè de la mateixa manera que en els casos de violència de gènere s'aborden, els suïcidis necessiten també una atenció. Les conductes més preocupants són aquelles en què s'arriba a culpar la pròpia persona de la malaltia mental o s'atribueixen raons simplistes a la seva mort, estigmatitzant més a les persones. Doncs, cal destacar que relacionat amb el mal ús d'aquest tipus d'informacions està l'estigma que envolta tant la qüestió com a la salut mental en general.

En relació a l'eutanàsia i el dret a la mort, és molt diferent que un adolescent presenti un conflicte emocional que desencadeni el desig a morir, a que per exemple arribi un adolescent amb intents autolítics amb un diagnòstic Duchenne (malaltia neuromuscular que afecta a nens, que comporta una discapacitat que empitjora al pas

del temps) o amb un VIH de molt mala evolució, i a nivell legal, s'ha observat que no s'inclou a Espanya en els drets del menor poder prevaldre la seva voluntat en decidir posar fi a la seva vida.

Les entitats de joves, tal com els moviments socials han de tenir com a missió principal promoure hàbits saludables i l'autocura, on es doni espai per a la expressió emocional. Reprenent la importància de la prevenció, actualment no hi ha programes específics en centres educatius que abordin el suïcidi i els canvis en l'adolescència. Com també és essencial el paper dels medis a l'hora de comunicar, ja que els adolescents actuen en un model d'imitació, pel que si les polítiques o els missatges que poden imitar són en relació a la prevenció com per exemple és l'ajuda als iguals, atenció als amics propers i a aquests sentiments, poden establir-se nous programes per a abordar aquestes qüestions. Si el suïcidi el tractem com a responsabilitat civil, impliquem als adolescents, famílies, serveis sanitaris, serveis socials, crearem programes efectius. Ja és ben positiu també, que la llei se centri tant en la població general com la tutelada, sigui una llei per a tota la infància i incideixi en la infància i adolescència en risc. Actualment, són 8.110 els nens i nenes tutelats que també, com diu Ramón Flecha (2014), ja no només mereixen el dret educatiu, sinó el dret, d'assistir a una educació que inclogui actuacions educatives d'èxit, que treballi amb la comunitat, que approximi a les famílies, tals com les actuacions d'èxit que aporta l'aprenentatge dialògic, fent particip a tota persona del procés, sense segregacions i trencant estereotips.

Cal posar de relleu que la prioritat en la potenciació de la coordinació assistencial entre els dispositius implicats serà essencial per garantir la continuïtat assistencial del pacient en risc.

Així mateix, la prevenció i l'atenció al risc de suïcidi també té un important component intersectorial, atès que la primera identificació i/o sospita de risc elevat de suïcidi pot donar-se a nivell de la família, de l'escola, de la comunitat i, per tant, els agents d'aquests àmbits són també uns actors molt rellevants que han de poder participar i poder col·laborar de manera principal en la prevenció del risc de suïcidi. Per aquest motiu, l'abordatge del risc de suïcidi no només s'ha de fer des de l'àmbit sanitari, primari i de promoció de la salut mental, sinó que també cal completar-lo i integrar-lo amb un àmbit i una visió educacional, social i comunitària i també cal comptar amb la col·laboració de les associacions de familiars i afectats.

Com a línies futures, es proposa una idea de projecte que podria anomenar-se *“Parlem-ne”*.

Si bé es cert que el sistema actual no inclou en els protocols d'actuació el treball social, una de les propostes que es podrien aplicar, incloent les línies estratègiques anteriors seria la creació d'un espai per a que els joves poguéssin adreçar-se a parlar d'aquesta preocupació, fóra de l'àmbit escolar per a ser de manera anònima. No és el mateix parlar de suïcidi amb un tutor, amb el metge de capçalera, que serà una persona que et seguirà atenent i per tant, obrir la teva intimitat en aquestes situacions és complexe, que d'un servei anònim que podria donar suport emocional, contenció i reducció del risc de temptatives.

Aquest projecte podria ser el suport “social” comptant amb Treballadors socials, Educadors Socials, psicòlegs, mediadors i integradors socials. Qualsevol professió de l'àmbit social capaç de sostenir l'angoixa i parlar del sentit de mort.

En relació a les limitacions de la recerca, ha hagut un gran buit en la recerca bibliogràfica de les funcions del treball social en aquest àmbit. Pel que ha requerit haver d'ampliar l'univers i agafar de mostra totes les comunitats autònomes que comprenen Espanya. Això ha allargat la cerca com també ha causat haver de realitzar processos inicials de nou com és la recerca d'autors o informació bàsica, com els plans de salut. Les limitacions contextuais per la situació de pandèmia, han ocasionat una aturada de dos mesos i mitg en la recerca, que comprenen els mesos de març, abril i maig. A nivell laboral, s'ha hagut de canviar d'ubicació, realitzant tasques en plantes d'urgència en relació a la Covid 19. Això ha suposat un agravant en la dificultat de l'elaboració del treball. Tot i així, s'ha gaudit molt de tot el procés de recerca.

9. Bibliografia i webgrafia

- Asamblea General de las Naciones Unidas (1989) La Convención sobre los Derechos del Niño.
- Bardet, M El Suicidio (1995)
- Baptista, P, Fernandez, C. Metodología de la investigación (2020)
- Benito, M. Cómo suicidarse sin que se note (2008). Libro i obra teatral.
- Bobes J., González J, Sáiz P. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas (1997)
- Cirulnik, B. Cuando un niño se da "muerte" (2014)
- Colom, D., (1998). De la ética celestial a la ética en casa, pasando por la oficina. Revista de Servicios Sociales y Política Social. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Ética en la Intervención Social, nº 41.
- Consejería de Sanidad (2017-2021). Plan de Salud Mental. Gobierno de Aragón
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2015-2019). Plan de Salud Mental de Cantabria.
- Consejería de Salud de La Rioja (2018). Plan de Prevención de Suicidio. Gobierno de La Rioja
- Durkheim, E. El Suicidio. Introducción y estudio previo (1982)
- Esquirol, J. 2018. Assaig sobre la vida humana
- Gobierno de Canarias (2019-2023). Plan de Salud Mental de Canarias. Servicio Canario de Salud

- Gonzalez, G. Hablemos del suicidio. Pautas y reflexiones para abordar este problema en los medios (2018)
- Jiménez, J. (2016). Guía para la prevención de la conducta suicida dirigida a Docentes. Madrid Salud
- Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., & Santiago, P. (2014). Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Madrid Salud.
- Kim, K. L., (2015). Behavioral and emotional responses to interpersonal stress. *Psychiatry Research*, 228, 899-906. Sornberger, (2013). Nonsuicidal self-injury, coping strategies, and sexual orientation. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 571–583.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239
- Klonsky, E. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239
- Kim, K. L., (2015). Behavioral and emotional responses to interpersonal stress. *Psychiatry Research*, 228, 899–906.
- Klonsky & May, 2014; Nock et al., 2008
- Martín, B., Torres, I., Casado, M., López, M., Rodríguez, B., & Torres, R. (2016-2020). III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura. Junta de Extremadura

- Margarit-Soler A, Martínez-Sánchez L, Martínez-Monseny T, Trenchs-Sainz de la Maza V, Picouto MD, Villar-Cabeza F, Luaces-Cubells C (2016). “ Características epidemiológicas de las tentativas de suicidio en adolescentes atendidos en Urgencias ”. *Anales de pediatría*, 85 - 1, 13-17. (España): Elsevier. ISSN 03024342.
- Matalí J, Serrano E, Pardo M, Villar Cabeza F, San L (2014). “ Social Isolation and the ‘Sheltered’ Profile in Adolescents with Internet Addiction ”. *Journal of Child and Adolescents*
- Muehlenkamp, (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10.
- Nock MK., (2010). Self-Injury. *Annu Rev Clin Psychol*
- Nock MK., (2010). Self-Injury. *Annu Rev Clin Psychol*, 6:339-63.
- O'Connor R (2011) Towards an Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour (p 181-198) in O'Connor R, Platt S & Gordon J (eds). *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy & Practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- O'Connor and Nock (2014) The psychology of suicidal behavior. *Lancet Psychiatry*
- Oto, M. (2014). Prevención y actuación ante conductas suicidas. Gobierno de Navarra
- Royes, A. Morir en libertad (2016)
- Servicio de Salud del Principado de Asturias (2018). Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de Suicidio
- Thomas Joiner, PhD. (June de 2009). American Psychological Association APA. Obtenido de The Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior:

Current Empirical Status: <http://www.apa.org/science/about/psa/2009/06/sci-brief.aspx>

- Urraca S. Eutanasia hoy: un debate abierto (1996)
- Villar, F., Castellano-Tejedor, C., Verge, M., Sánchez, B., & Blasco-Blasco, T. (2018). Psychological profiles of adolescents with suicidal behavior.
- Villar, F., Castellano-Tejedor, C., Verge, M., Sánchez, B., & Blasco-Blasco, T. (2018). "Predictors of suicide behavior relapse in pediatric population". The Spanish Journal of Psychology, 21. e6. Doi:10.1017/sjp.2018.7
- Villar-Cabeza F, Esnaola-Letemendia E, Blasco-Blasco T, Prieto-Toribio T, Vergé-Muñoz M, Vila-Grifoll M, Sánchez-Fernández B, Castellano-Tejedor C (2018). "Análisis dimensional de la personalidad del adolescente con conducta suicida". Actas Españolas de Psiquiatría, 46, 104-111.
- Villar F, Castellano C, Sánchez B, Verge M, Blasco T (2017). "Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida". Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1, 7-18.
- Villar, F. Batalla R.(2017) El suïcidi adolescent, de la realitat a la ficció
- Villar-Cabeza F, Esnaola-Letemendia E, Blasco-Blasco T, Prieto-Toribio T, Vergé-Muñoz M, Vila-Grifoll M, Sánchez-Fernández B, Castellano-Tejedor C (2018). "Análisis dimensional de la personalidad del adolescente con conducta suicida". Actas Españolas de Psiquiatría, 46, 104-111.
- Villar F, Castellano C, Sánchez B, Verge M, Blasco T (2017). "Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida". Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1, 7-18.
- Who (2014). *Preventing suicide: a global imperative*
- "Predictors of suicide behavior relapse in pediatric population". The Spanish Journal of Psychology, 21. e6. Doi:10.1017/sjp.2018.7

- Picouto MD, Villar-Cabeza F, Braquehais MD (2015). “ The role of serotonin in adolescent suicide: theoretical, methodological, and clinical concerns ”. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 27 - 2, 129-133. ISSN 03340139.
- Sornberger, M. (2013). Nonsuicidalself-injury, coping strategies, and sexual orientation. Journal of Clinical Psychology, 69, 571-583.

Webgrafía:

- Associació EXIT a Suïssa <https://exit.ch/freitodbegleitung/voraussetzungen-einer-freitodbegleitung/>
- https://www.ine.es/buscar/searchResults.do?searchString=suicidio&Menu_botonBuscador=Buscar&searchType=DEF_SEARCH&startat=0&L=0
- <https://www.humanium.org/es/suicidio-infantil/>
- https://elpais.com/politica/2018/04/16/actualidad/1523881140_071102.html
- https://elpais.com/elpais/2019/02/27/mamas_papas/1551263041_876247.html
- <https://www.europarl.europa.eu/spain/barcelona/resource/static/files/Publicacions/cartadretsfonamentals.pdf> Carta drets fonamentals de la Unió Europea, juliol 2001.
- <https://kidshealth.org/es/parents/suicide-esp.html>
- <https://www.semana.com/especiales/articulo/los-ninos-suicidas/20653-3>
- <https://www.elmundo.es/sociedad/2015/10/21/562699ac46163f44188b45d5.html>
- <https://www.elcomercio.es/asturias/suicidios-menores-edad-20190601000832-ntvo.html>

- <https://psicologiaymente.com/clinica/samantha-kuberski-nina-suicida>
- <https://www.rtve.es/noticias/20200211/espana-podria-convertirse-cuarto-pais-europeo-legalizar-eutanasia/2000490.shtml>
- <https://www.elcorreo.com/sociedad/suicida-nino-espana-20180923213055-nt.html>
- https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2018-04-23/telefono-esperanza-suicidio-depresion_1553922/
- <https://www.answers.cat>
- <https://www.autolesion.com>
- Youtube: Mis secretos. Stephen Lewis
- <http://blog.tiching.com/ramon-flecha-el-objetivo-es-que-los-ninos-y-ninas-tengan-la-mejor-educacion-del-mundo>
- <https://www.despresdelsuicidi.org/publicaciones>
- <http://blog.tiching.com/ramon-flecha-el-objetivo-es-que-los-ninos-y-ninas-tengan-la-mejor-educacion-del-mundo>
- <http://www.unicef.es/cat/infancia/drets-del-nen/convencio-drets-nen>
- Llei dels drets i les oportunitats de la infància i l'adolescència. Generalitat de Catalunya. Maig de 2010.
- "Policiy Retrospectives"
Http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=8&SID=Q2k2oP2H25W41days8H&page=1&doc=2

10. Acrònims

C.N.J.C.: Consell Nacional de la Joventut de Catalunya

I.N.E.: Institut Nacional d'Estadística.

BNM: Biblioteca Nacional de Medicina

RAE: Real Acadèmia Espanyola.

SIPS: Serveis Integrals de Psicologia.

O.M.S.: Organització Mundial de la Salut

U.E.: Unió Europea.

C.R.S.: Codi Risc Suïcidi.

G.P.C.: Guies de Pràctica Clínica.

S.E.S.P.A.S.: Sociedad Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària.

S.N.S.: Sistema Nacional de Salut.

SUPRE: Suicide Prevention.

HSJDD: Hospital Sant Joan de Déu

TMS: Trastorn Mental Sever

TS: Treball Social

CSMA: Centre de Salut Mental d'Adults

CSMIJ: Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil

URPI: Unitat residencial psiquiàtrica infantil.

EVAMI: Equip de valoració al maltractament infantil

*El amor en todas sus manifestaciones,
es la cura para sanar las heridas de la infancia
(CyruInik, 2011)*