Fundació Ajuda i Esperança

OBE

Observatorio de la Esperanza

2020

OBE

Observatorio de la Esperanza

2020

© Fundació Ajuda i Esperança
Av. Portal de l'Àngel, 7 , principal 2A
08002 Barcelona
comunicació@telefonoesperanza.com
https://www.telefonoesperanza.com/

Presidenta de la Fundación
Rosa Navas

Directora de la Fundación
Esperança Esteve

Director del OBE 2020
Oriol Homs

Equipo del OBE 2020
Sergi Garcia, Joana Homs, Clara Campaña, Albert Canudas

Corrección, traducción i impressión
Edimurtra Barcelona
www.edimurtra.com

Dipósito legal: B 11639-2021
ISBN: 978-84-96409-98-9

Con el apoyo de:

Fundació "la Caixa"

Ajuntament de Barcelona

Diputació Barcelona

INDICE

07 Voces de esperanza

19 Compromiso social

21 Historia del Teléfono de la Esperanza

25 Fundamentos conceptuales del Teléfono de la Esperanza y del Teléfono de Prevención del Suicidio

31 La voz de los voluntarios/as

43 Datos del Observatorio

45 El Teléfono de la Esperanza

59 El Teléfono de Prevención del Suicidio

79 Voces expertas

81 Conocer el valor que aportamos para seguir mejorando la vida de las personas

87 La prevención del suicidio en la ciudad de Barcelona

91 Atención Telefónica en Crisis Suicidas

101 Salud mental y la importancia del apoyo psicosocial

105 Inteligencia Artificial y Salud Mental

109 Humanidad es movimiento

115 El suicidio solo puede ser prevenido o llorado

121 Hacia una red integral de prevención del suicidio

127 La problemática de la prevención del suicidio, experiencias i reflexiones

137 Después del suicidio

141 Las necesidades de apoyo de los miembros de la familia que cuidan de una persona con conducta suicida

145 Mesa Redonda

161 El malestar personal y las claves del bienestar social

179 Abstract

Voces de esperanza

Rosa Navas

Presidenta de la Fundación **Ajuda i Esperança**

Con la presentación de esta primera edición del Observatorio de la Esperanza OBE, celebramos un hito planteado hace más de un año, y acordado con la Fundación “la Caixa” un mes antes de declararse el estado de alarma y el primer confinamiento, debido a la pandemia por la COVID-19 que todavía hoy arrastramos y con secuelas difíciles para muchas personas.

Esta situación de pandemia ha condicionado nuestra intención inicial para transformarlo en un documento que refleje cómo ha condicionado la pandemia la vida de las personas. Una etapa a la que podemos definir por pérdidas múltiples.

El resultado lo consideramos altamente satisfactorio. Una experiencia que tendrá que llegar a ser, entre otras, un reconocimiento a los centenares de voluntarios y voluntarias, que donan de forma gratuita su tiempo a la causa de ayudar a los demás. Personas con dificultades que han ido encontrando en el Teléfono de la Esperanza un vehículo para ser escuchados, para canalizar angustias, miedos, temores, conflictos, soledad. Voces amigas escuchando y acompañando las 24 horas del día los 365 días del año.

Año tras año las llamadas crecen y la preparación de nuestros voluntarios también, llegando a constituir un grupo de ayuda compactado y orientados a una misión: atender en un marco de confidencialidad y anonimato, en un espacio seguro donde verter los sufrimientos y donde hallar espejos para buscar respuestas. Voluntarios y voluntarias dotadas y preparadas para no juzgar, para comprender, para empatizar en una relación de ayuda.

Es desde este modelo que el servicio del Teléfono de la Esperanza ha evolucionado, con la creación de otros servicios hermanos, como el de la prevención del suicidio y el acompañamiento en situaciones de soledad no querida. Cuanto más

actividad, más necesario es estudiar nuestra acción, para conocer mejor y actuar mejor.

Es la primera edición del OBE, pero tienen que venir muchas otras. La Fundación Ajuda i Esperança se propone contar cada año con una publicación que explique y muestre las situaciones individuales y sociales que se nos presentan con fidelidad a nuestros principios y valores que nos han caracterizado durante 52 años de historia. Gracias a la Obra Social Fundación "la Caixa" por su colaboración, al Ayuntamiento de Barcelona por confiar en nuestra institución, a la Diputación de Barcelona y a todas las personas y entidades que han colaborado para hacer del OBE una realidad.

Cordialmente,

Rosa Navas.

Gemma Tarafa

Concejala de Salud, Envejecimiento y Cuidados del Ayuntamiento de Bacelona

La circunstancia inédita que nos ha tocado vivir a todos y todas debido a la pandemia de la Covid-19 está teniendo un gran impacto sobre muchos ámbitos de la vida de las personas. Verse afectado por la enfermedad, la pérdida de seres queridos, el confinamiento, la pérdida de trabajo y de ingresos económicos, la incertidumbre por el futuro… Todo ello supone un golpe de gran magnitud a nivel emocional, especialmente para aquellas personas que ya se encontraban en una situación de vulnerabilidad.

Por este motivo, el Ayuntamiento de Barcelona impulsó un Plan de Choque en Salud Mental durante el año 2020 al que da continuidad durante los años 2021-2022 en el marco del Plan Director de Salud Mental 2016-2023. Nuestro compromiso es una apuesta clara por promover la salud mental y el bienestar emocional de los ciudadanos y ciudadanas que se articula con diferentes líneas de acción. Una de ellas tiene que ver con el apoyo emocional mediante la atención telefónica. En este sentido, hemos contado, entre otros, con la colaboración de la Fundación Ajuda i Esperança que tiene amplia experiencia con el Teléfono de la Esperanza y con la que, el pasado año, pusimos en marcha el Teléfono de Prevención del Suicidio.

En estos complejos momentos en los que debemos reconstruirnos tras el embate que nos ha sacudido, el Ayuntamiento quiere poner de manifiesto su responsabilidad en un modelo de ciudad basado en el cuidado de la ciudadanía, que empatiza y ayuda a quien lo necesita; que escucha a quien reclama atención y necesita expresarse; y que tiene la fuerza y la sensibilidad necesaria para apoyar a quien lo precisa, teniendo en cuenta la gran aportación de las entidades, que constituyen una red de ayuda de proximidad y de respuestas a las necesidades sociales.

Barcelona, ciudad en la que todos y todas cabemos, que tantas veces a lo largo de la historia ha

sido pionera en la defensa de los derechos de las personas, debe ser también estandarte y emblema en defensa de la salud mental. Porque el bienestar emocional y la salud mental son también derechos, defendámoslos.

Esperança Esteve

Directora
de la Fundación
Ajuda i Esperança

Me complace presentar esta primera edición del Observatorio de la Esperanza, un proyecto que nace con la voluntad de compartir con el conjunto de la sociedad la experiencia de nuestra Fundación, con datos recopilados durante las 24 horas del día los 365 días del año por las personas voluntarias del Teléfono de la Esperanza que atienden nuestras líneas de teléfono para atender las situaciones de crisis que sufren las personas y que necesitan ser escuchadas en un marco de seguridad, confidencialidad y anonimato.

Nuestro modelo de atención ha ido evolucionando y está basado en la escucha activa, el acompañamiento y la derivación, con una combinación de personas voluntarias altamente preparadas, con profesionales de apoyo del terreno de la salud mental. Muy pronto aspiramos a llegar a una ratio de un profesional por cada 20 voluntarios, con herramientas tecnológicas que permitan el apoyo y/o la intervención inmediata del profesional en situaciones de riesgo inminente. Para garantizar la calidad, la seguridad de la persona que llama y la de la persona voluntaria.

Estamos creciendo como entidad y diversificando nuestra atención con tal de ofrecer más y mejores servicios: el desarrollo territorial es una finalidad en proceso con tal de acercar nuestros recursos de ayuda a quien lo necesite, independientemente de cuál sea la situación y el territorio en el que viva. También a las personas de origen extranjero, incorporando un servicio de traducción instantánea que facilite la relación de ayuda en los diferentes idiomas.

La plataforma digital que en el mes de septiembre estará en funcionamiento permitirá nuevas formas comunicativas y nuevos canales de comunicación por escrito, por voz y por imagen. Teléfono, ordenador o tableta nos van a facilitar también la obtención de nuevos datos, que debidamente tratados y protegidos nos permitirán

un mejor conocimiento y una radiografía social permanente incorporando también los elementos determinantes del contexto.

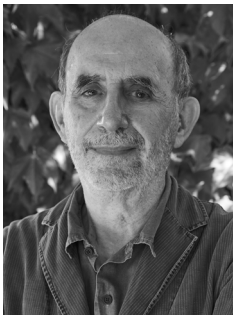
Nada sería posible sin el capital humano de la institución, que son las personas voluntarias, y sin las personas que refuerzan el proyecto: patronato, colaboradores económicos, empresas, instituciones públicas, fundaciones, profesionales, que posibilitan una Fundación sólida, rigurosa y solvente. Merecido elogio a la colaboración del sociólogo Oriol Homs, que ha dirigido este primer número del OBE, a los voluntarios, entidades sociales y expertos que han participado y al equipo de la Fundación entregado en hacer posible esta realidad.

Especial agradecimiento al Ayuntamiento de Barcelona por haber confiado en nuestra Fundación para la gestión del Teléfono de Prevención del Suicidio y por su determinación y liderazgo del primer proyecto público de estas características, en funcionamiento desde el mes de agosto de 2020. También nuestro agradecimiento a la Obra Social Fundación “la Caixa” y a la Diputación de Barcelona por su apoyo.

Somos una entidad comprometida con el mundo en el que vivimos. Ningún sufrimiento nos es ajeno. No nos mueve el lucro, sino la modesta contribución para mejorar el bienestar de las personas y de la sociedad.

Muchas gracias,

Esperança Esteve



Oriol Homs

Director del OBE (Observatorio de la Esperança)

El proyecto del Observatorio de la Esperanza se ha iniciado con el apoyo de la Fundación "la Caixa" durante el año 2020 con el objetivo de analizar la información, recopilada en los servicios de los teléfonos de la Esperanza y de la Prevención del Suicidio, sobre las personas atendidas y su problemática para contrastarla con el análisis de los fenómenos sociales actuales y generar una fuente de conocimiento que aporte reflexión y propuestas para mejorar la atención a las personas vulnerables.

El primer año del Observatorio se ha dedicado a poner las bases para poder desplegar las actividades de futuro y consolidar las líneas de trabajo. En concreto, en 2020 se han llevado a cabo las siguientes actividades:

Observación

Dada la importancia disruptiva de la pandemia de la Covid-19, se ha realizado un seguimiento de los principales acontecimientos relacionados con la pandemia y especialmente se han recopilado las informaciones, informes y estudios que han analizado los efectos de la pandemia y de las restricciones a la movilidad de las personas así como los impactos en la economía entre la población.

Análisis

Se ha llevado a cabo una revisión de los protocolos de recogida de información en ambos teléfonos con tal de optimizar la explotación de los datos registrados en los servicios de atención prestados.

Reflexión

Con el objetivo de ofrecer una interpretación lo más coral posible de los datos analizados, se ha llevado a cabo un debate telemático entre las principales entidades que atienden, desde diferentes servicios, a personas con problemáticas similares a las atendidas por ambos teléfonos con tal de incorporarlas a las conclusiones y propuestas del Observatorio.

La presente publicación muestra los resultados del primer año del Observatorio y apuesta por convertirse en un punto de encuentro, de reflexión y proposición sobre cómo afrontar las tensiones emocionales de la población que generan las transformaciones sociales, económicas y culturales de nuestro tiempo, con el fin de poner las bases para el desarrollo de una sociedad de bienestar para toda la ciudadanía.

Compromiso Social

Ramón Tous

Miembro del patronato de la Fundación Ajuda i Esperança.

La historia del Teléfono de la Esperanza

La historia del Teléfono de la Esperanza es una historia de amor y de excelencia. Dicho así parecería que ya se ha dicho todo, sin embargo, conviene hablar de ello un poquito. Nuestra historia comienza 50 años atrás, concretamente en el año 1969. Quien la piensa, la hace posible y la pone en marcha es el padre Miquel Àngel Terribas, fraile capuchino de Barcelona. Él tiene el mérito de lanzar este servicio, el Teléfono de la Esperanza. No es ninguna novedad en el mundo, porque en varios países, como Inglaterra, y en diferentes momentos, ya se había puesto en funcionamiento un servicio parecido. Pero él lo hace posible en nuestro país, y le da contenido y solvencia. Y así comienza, bajo el signo de una auténtica generosidad, esta historia que da sentido y entidad a la idea inicial.

En el año 1987, tras la muerte del fundador, la Fundación Ajuda i Esperança asume la continuidad del proyecto y su gestión. Desde este momento se inicia una nueva etapa que nos ha traído hasta aquí. Esta etapa incorpora, además de la experiencia previa, el compromiso de una entidad formada por voluntarios, la dedicación altruista de un patronato que vela por los objetivos de la Fundación, y el buen trabajo de un equipo directivo y administrativo que posibilita el día a día.

> “
>
> Un viaje de amor y de esperanza hacia la vida.

No es necesario decir que hemos recorrido mucho camino, y ahora mismo estamos viviendo una transformación entusiasta para encarar cambios y retos de crecimiento y de consolidación. Del mundo actual emergen continuamente situaciones de frontera que ponen de manifiesto la fragilidad y vulnerabilidad que sufre nuestra gente. Muchas son cada vez más acuciantes y exigen nuestra responsabilidad, bagaje y experiencia, para entenderlas y atenderlas: son las personas con nombres y apellidos que esperan una voz amiga que las escuche y las acoja.

El Teléfono de la Esperanza es un servicio de escucha activa, empática y cordial que no juzga ni discrimina. Una sencilla herramienta de comunicación sin prejuicios que valora, en primer lugar, la dignidad de toda persona en cualquier situación de necesidad, a cualquier hora, atendiendo las 24 horas del día, los 365 días del año. La persona sabe que la escucha, tal y como la definimos los voluntarios y voluntarias que están al otro lado del teléfono, establece una relación concreta, personal y amable, que recoge y entiende la soledad, la angustia y el miedo desde una intimidad frágil que nos interpela para hacerse palabra, comunicación y entendimiento. Ahora mismo contamos con casi 300 voluntarios y voluntarias, con más de 55.000 llamadas recibidas en el año 2020.

Decíamos que es una historia de amor, porque siempre ha sido fiel a los criterios de la primera hora, manteniendo y cultivando su mejor virtud con una actitud construida a base de entusiasmo, generosidad y entrega. Procurar aquel abrazo emocional y desinteresado al prójimo —si hablamos en términos de humanismo cristiano— a toda persona, vecina o lejana, no conocida, de cualquier cultura, pensamiento o convicciones. Como muy bien dice un compañero y veterano voluntario, es como “un viaje de amor y de esperanza hacia la vida”.

Existe una idea fundamental que no nos podemos cansar de repetir: somos “agentes pacientes”, que queremos hacer posible la relación entre alguien que necesita una voz, “la voz amiga”, y el voluntario al otro lado del hilo que está dispuesto a hacerla real y concreta. Hacer posible aquello tan sencillo y profundo que es pasar del silencio a la palabra, y de la soledad al encuentro, consiguiendo que quien llama se sienta tratado como una persona única, valorada como tal, a la que se escucha sin prejuicios ni apriorismos. En definitiva, establecer una relación que sepa acoger y dar esperanza.

Esta experiencia que, a lo largo de los años y de cada llamada vamos recopilando e integrando, nos enseña a valorar el propio conocimiento y a encaminar hacia la excelencia nuestra actitud de servicio. Este conocimiento nos avala para comprender más y profundizar mejor el inmenso alcance que representa adentrarnos en la riqueza del alma humana. La misma condición de la humanidad que, desde el silencio y la marginalidad, nos interpela para hacer de nuestro compromiso una relación desinteresada y eficaz para curar, consolar y aliviar.

El progreso en la historia de la humanidad trata de esconder y silenciar todo lo que no puede resistir su carrera competitiva, todo lo que no interesa a la cultura del éxito y del lucro. Comprender y conocer es condición de posibilidad, pero no basta para actuar y resolver conflictos con criterios de justicia social. Por eso es tan necesario ejercer bien nuestros deberes democráticos, para caminar hacia una sociedad más justa y solidaria. Y a pesar de ello, hoy es más evidente que nunca la importancia de las redes de solida-

ridad social, la existencia de lo que llamamos el tercer sector, para poder compartir esfuerzos y recoser vínculos dañados.

Sin estas redes, se resentiría gravemente el entramado humano y la propia convivencia. La historia, concretamente nuestra historia europea, ha dejado de ser fiel, demasiado a menudo, a aquel principio de saber escuchar que nos ha construido en quien somos y cómo somos. Ha olvidado a menudo el vínculo que la une a la propia "palabra", aquella que llama, convoca, despierta y acoge, y que es capaz de enderezar y zurcir relaciones y caminos de humanización. Sabemos que la palabra y la escucha son lo que nos caracteriza y nos hace humanos, es lo que siempre tenemos al alcance y tan a menudo olvidamos. Es aquello que nos hace fecundos en la convivencia, cercanos a los demás, peregrinos de esperanza y la buena fe, siempre a favor de una fraternidad más auténtica.

El Teléfono de la Esperanza quiere ser una puerta de comunicación en un mundo cada vez más individualizado y más sordo entre unos y otros. Una sordera culpable que deja a tantas personas en la angustia de la soledad, la incomunicación y el anonimato. Y por eso, nuestra Fundación ha querido edificar a través de tantos voluntarios y profesionales, y a lo largo de los años, una red de buena voluntad que se apoya en el esfuerzo, la voluntariedad y el conocimiento.

Con este bagaje se ha ido configurando una experiencia y una metodología eficiente con tal de construir programas de formación que son uno de los pilares del proyecto. Esta formación de los voluntarios —continuada, renovada y puesta al día— es una de las fortalezas de nuestra Fundación.

El fundamento básico del proyecto es, evidentemente, el propio voluntariado. Es la riqueza y la fortaleza de la Fundación Ajuda i Esperança. Nos sentimos orgullosos y nos anima constatar que nunca hemos tenido que sufrir por conseguir su compromiso, su complicidad y fidelidad. La relación entre los propios voluntarios y su responsabilidad constituyen una dilatada historia de confianza y reconocimiento. Entendemos y asumimos que es preciso velar y cuidar de esta relación con el voluntariado, núcleo, fundamento y alma desde el inicio y en cada nueva página que empezamos. Son ellos y ellas, personas concretas con sus valores y biografía, la esencia y la carta de presentación de la Fundación.

Todo ello no sería posible sin una firme voluntad de continuidad y de superación. Y es por esto que, desde el Patronato, y desde la Dirección, y con el trabajo y el esfuerzo de todos los responsables de la gestión y administración del proyecto, se trabaja día a día por asegurar el sostenimiento, la idoneidad de los recursos y, al mismo tiempo y, sobre todo, por estar atentos a los nuevos retos que se nos presentan. Renovar, autoexigirnos y emplear la necesaria y continuada reflexión personal y colectiva nos obliga a mantener

una tensión vital que posibilita el debate, la creatividad y la búsqueda.

La ampliación del servicio del teléfono ya es un hecho a través de una colaboración con el Ayuntamiento de Barcelona, que nos ha llevado a gestionar una línea de atención particular a la prevención del suicidio. Ahora mismo podemos hablar de una sólida y exitosa realidad que sumamos a la trayectoria del Teléfono de la Esperanza. Se ha ampliado el equipo profesional en el campo de la gestión, formación, seguimiento y coordinación y, naturalmente, un plan de apoyo psicológico y emocional a los nuevos voluntarios de este servicio telefónico, pionero en nuestro país. Contamos, además, con el asesoramiento de expertos en el campo sanitario, profesionales de la salud mental que provienen de diferentes ámbitos y comparten un mismo objetivo.

Tenemos todavía por delante alternativas para llegar a una población más joven, así como posibles colaboraciones con otras organizaciones con quien nos podremos complementar y establecer buenas sinergias.

Como decíamos al comenzar, es una historia de amor que suma conocimiento, compromiso y voluntad de hacer de la Fundación Ajuda i Esperança una herramienta de solidaridad y ayuda, con sentido de responsabilidad civil, ciudadana y de país, abierta a todos. Con unos valores que se fundamentan en la dignidad de toda persona y en los derechos humanos que nos hemos otorgado a lo largo de la historia de la humanidad, y que respetamos en la medida en que nos esforzamos y somos consecuentes. Es importante recalcar que debemos estar atentos y discernir las necesidades y debilidades del tiempo que nos ha tocado vivir. La voluntad de servicio, junto a, y codo con codo, tantas otras iniciativas, convierten a nuestra Fundación en una anilla más en la (¡afortunadamente!) larga cadena de las redes de solidaridad, con la particularidad bien definida, en lo que nos corresponde a nosotros, de llenar una realidad muy a menudo escondida y descuidada. Muy conscientes de lo que hemos escogido, debemos sabernos muy arraigados en los fundamentos de la acción, que pasan por la libertad, la dignidad y el respeto, y que han ido configurando al crisol de la civilización grecorromana, la gestación del pensamiento europeo con sus luces y sombras, y el bagaje del humanismo cristiano.

Nuestro país, Catalunya, ha sido innumerables veces abanderado en iniciativas de solidaridad y generosidad, que provienen siempre de la transversalidad de una sociedad civil emprendedora y conocedora de sus posibilidades, y que nunca ha rehuido su responsabilidad ante las complejidades sociales. Yo creo que nuestra Fundación es un ejemplo más de esta buena historia, impregnada de nuestros sentimientos, coherente con la sensatez y que sabe hacer del razonamiento, la convicción y la confianza entre todos, una demostración de fidelidad a la virtud que todo pueblo ha de saber lograr y respetar.

Sergi Garcia

Coordinador de prevención del suicidio y psicólogo de la Fundación Ajuda i Esperança.

Fundamentos conceptuales del Teléfono de la Esperanza y del Teléfono de Prevención del Suicidio

La Fundación Ajuda i Esperança es una organización privada sin ánimo de lucro, creada en el mes de marzo de 1987 para promover, fomentar y apoyar el servicio de atención urgente e inmediato de acompañamiento emocional llamado Teléfono de la Esperanza (TE). Este servicio de atención telefónica, que sigue operativo actualmente, fue fundado el 19 de marzo de 1969 por Mn. Miquel Àngel Terribas, que fue su promotor y director hasta su muerte en 1986.

El 6 de agosto de 2020, la Fundación, en convenio con el Ayuntamiento de Barcelona, ponen en marcha otro servicio, el Teléfono de Prevención del Suicidio (TPS), dirigido específicamente a personas que manifiestan algún tipo de conducta suicida, así como a su entorno y a los supervivientes de la muerte por suicidio de alguna persona cercana.

> “El espacio de escucha que ofrece el voluntario le permite analizar su propia realidad, y fundamenta su autonomía en el momento de tomar decisiones para abordar las circunstancias a las que debe hacer frente.

Teléfono de la Esperanza

El proyecto del Teléfono de la Esperanza (TE) es una línea de atención telefónica abierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, con la finalidad de ofrecer un espacio seguro de escucha y diálogo, siguiendo los principios de anonimato, no juicio, confidencialidad y gratuidad. Llamamos escuchas a las personas voluntarias que atienden este teléfono. Los escuchas deben superar primero un proceso de selección donde se determina que están en un momento vital de estabilidad emocional, y que disponen de las habilidades comunicativas y las com-

petencias emocionales necesarias para atender el tipo de llamadas que podrán recibir en el TE. Posteriormente, reciben una formación teórica y práctica sobre empatía y escucha activa. Esta formación es impartida por profesionales de la salud mental.

El marco teórico en el que se sustenta la línea de actuación de los escuchas del TE es el enfoque centrado en la persona, de Carl Rogers[1]. No se trata de hacer psicoterapia, esto es un trabajo que deben hacer los profesionales de la salud mental en otro tipo de contexto, sino de reconocer a la persona en cada llamada, darle todo el respeto y dignidad que se merece como tal y que se sienta escuchada, comprendida y aligerada. Se busca crear una relación de iguales que permita que la persona que nos llama pueda expresar abiertamente lo que siente y lo que piensa, legitimando sus emociones y facilitando que se manifieste de la manera más honesta posible para ella.

El escucha adopta uno de los principios básicos de actuación desde el abordaje rogeriano: la aceptación positiva incondicional fundamentada en una actitud empática y de no juicio. El voluntario del TE escucha de manera respetuosa y cálida; se interesa y pregunta con sensibilidad por la realidad de la persona y por su experiencia subjetiva; y se dirige a ella con la intención de querer comprenderla sin querer cambiarla. Poco a poco, a través del diálogo, el escucha va tejiendo una relación humana con la persona, un contacto, podríamos decir, entre corazón y corazón o entre alma y alma. Y es precisamente este contacto humano en el aquí-y-ahora, en un clima de aceptación, respeto y comprensión, lo que permite que la persona que nos llama angustiada, desesperada, derrotada, con un profundo sentimiento de soledad o de pérdida, o con cualquier otro malestar psicológico se pueda ir aligerando porque descubre que “hay otro para mí”, hay alguien dispuesto a acogerlo, y escucharlo, y a ofrecerle la atención y el tiempo que se merece y necesita.

A veces, la voz amiga del escucha que acompaña de manera no directiva y no confrontativa, permite que la persona que nos llama, habitualmente inmersa en una situación que la problematiza y la angustia, pueda tomar conciencia de aspectos de su realidad emocional, caracterial o relacional. A veces, fruto del diálogo y la reflexión, la persona se abre a otras formas de afrontar lo que la angustia, y comienza a entrever soluciones diferentes a las que se planteaba antes de llamar, obteniendo así algo de claridad sobre lo que le genera confusión y malestar. El espacio de escucha que ofrece el voluntario le permite analizar su propia realidad, y fundamenta su autonomía en el momento de tomar decisiones para abordar las circunstancias a las que debe hacer frente.

---

1. Rogers, C. R., & Wainberg, L. R. (1972). El proceso de convertirse en persona: mi técnica terapéutica. Barcelona: Paidós.

Otras veces, el diálogo y la elaboración resultan muy difíciles. Se trata de personas que probablemente sufren algún problema grave de salud mental. En estos casos, la escucha ofrece la contención emocional que la persona necesita en un momento de crisis en la que se siente desbordada. El escucha acompaña y ayuda a sostener el sufrimiento psicológico que la persona está viviendo, ofreciéndole un apoyo que le sirve de bálsamo y que permite aligerar su dolor.

En otras ocasiones, la persona que llama no manifiesta una angustia profunda ni aparentemente un gran abatimiento, sin embargo, le falta el calor del apoyo de las personas cercanas, familiares o amigos. Son muchas veces, pero no únicamente, personas mayores que se sienten solas, y aisladas, y que necesitan hablar y comunicarse. El escucha ofrece entonces una compañía amable que supone, a menudo, el único contacto social que la persona tiene a lo largo del día.

En cualquier caso, y sea como sea, la persona que llama al TE siempre va a encontrar a alguien dispuesto a escuchar, acompañar y acoger lo que necesite compartir.

Teléfono de Prevención del Suicidio

El primer servicio de atención telefónica a personas con riesgo de suicidio fue el National Save a Life League y data del año 1906 en Nueva York. Más tarde, en el año 1953 en Londres, el pastor anglicano Chad Varah inició un servicio de ayuda telefónica a personas que se planteaban poner fin a su vida: *Before you do anything desperate, ring this number...*, rezaban los carteles con los que se difundió el nuevo servicio. Desde entonces se han creado, en todo el mundo, numerosos servicios de atención telefónica para personas que viven situaciones de crisis emocional o existencial, y donde el riesgo de suicidio es considerable. En el año 1958, en Los Angeles, se creó el Suicide Prevention Center; en Francia, en el año 1960, nace SOS Amitié; en Italia, también en los años sesenta, se crean el Telefono Amico (Milán) y la Voce Amica (Génova); y, como ya hemos mencionado, en Cataluña, en el año 1969, comienza su actividad el Teléfono de la Esperanza. Actualmente, existen líneas de atención telefónica atendidas por personas voluntarias en más de 60 países del mundo[2].

El teléfono llega a ser, en consecuencia, una herramienta clave para atender situaciones de crisis y emergencia donde existe un riesgo vital como el suicidio, aunque también alcanza muchas otras problemáticas humanas.

2. Mishara, B. L., Daigle, M., Bardon, C., Chagnon, F., Balan, B., Raymond, S., & Campbell, J. (2016). Comparison of the Effects of Telephone Suicide Prevention Help by Volunteers and Professional Paid Staff: Results from Studies in the USA and Q uebec, C anada. Suicide and Life-Threatening Behavior, 46(5), 577-587.

Por esta razón, también supone una herramienta de prevención, ya que algunas de estas problemáticas, cuando no se atienden adecuadamente, pueden acabar por derivar en conductas suicidas.

El TPS supone la habilitación de una nueva línea de teléfono (900 92 55 55) para atender llamadas en las que se presentan, específicamente, ideaciones o conductas suicidas. También se atienden a personas del entorno de la persona suicida, así como a supervivientes de la muerte por suicidio de alguna persona cercana. Del mismo modo que el TE, se trata de un servicio de atención 24/7 llevado a cabo por voluntarios, a los que llamamos orientadores/as, que están formados y supervisados por profesionales de la salud mental.

El desarrollo y puesta en marcha del TPS ha contado con el apoyo y asesoramiento de un Comité Asesor formado por profesionales independientes de reconocido prestigio en el ámbito de la prevención, intervención y posvención de la conducta suicida: expertos en el área de la salud mental (psiquiatría y psicología) de diferentes hospitales de referencia (Hospital del Mar, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Hospital de Sant Joan de Déu, Hospital Parc Taulí); expertos en el área del derecho y la bioética; y representantes de entidades sociales de prevención del suicidio y atención al superviviente (Asociación Catalana de Prevención del Suicidio y Después del Suicidio-Asociación de Supervivientes).

La implementación del servicio y el desarrollo de los protocolos de actuación que utilizan los orientadores siguen las recomendaciones que la Organización Mundial de la Salud establece en el documento “Preventing suicide: A resource for establishing a crisis line”[3]. Se han estudiado y analizado otros servicios homólogos que existen desde hace tiempo en otros países occidentales, incorporando todos aquellos aspectos adecuados para llevar a cabo el servicio de la manera más eficiente posible. En este sentido, se han seguido las recomendaciones propuestas por el National Suicide Prevention Lifeline (2010) (NSPL) en relación con las actuaciones que deben seguir los escuchas de una línea de atención telefónica en situaciones de riesgo inminente de suicidio (Policy for Helping Callers at Imminent Risk of Suicide). La NSPL está financiada por SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services) de Estados Unidos de América.

El TPS es un dispositivo que tiene como primer objetivo evitar la muerte por suicidio en situaciones de riesgo inminente. En estos casos, buscamos la

3. World Health Organization. (2018). Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line (No. WHO/MSD/MER/18.4). World Health Organization.https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf

El TPS supone la habilitación de una nueva línea de teléfono (900 92 55 55) para atender llamadas en las que se presentan, específicamente, ideaciones o conductas suicidas.

colaboración activa de la persona que llama con tal de asegurar su seguridad y alertamos al Sistema de Emergencias Médicas (SEM) para que pueda realizar las acciones necesarias para llevar a cabo el rescate. Pero el TPS tiene también otros objetivos importantes relacionados con la prevención del suicidio: vincular a la persona a otros recursos de apoyo (salud mental, servicios sociales, entidades de prevención del suicidio y atención al superviviente); y, en el caso de que ya estén vinculados, fomentar la adherencia terapéutica. Así pues, el TPS actúa como radar para detectar a aquellas personas que no están vinculadas a otros recursos comunitarios, y se convierte así en puerta de entrada a estos recursos.

Todo en su conjunto se lleva a cabo gracias al trabajo de los orientadores, personas voluntarias formadas específicamente en la atención de situaciones de crisis y prevención del suicidio y que previamente han tenido la experiencia de ser escuchas del TE. El orientador/a, además de poner en práctica todas las herramientas de acompañamiento emocional que utiliza el escucha del TE que ya hemos descrito anteriormente, despliega otros abordajes específicos para la prevención del suicidio, para los cuales ha sido debidamente entrenado, y que habitualmente implican intervenciones más directas, siempre con la intención de velar por la seguridad de la persona con riesgo de suicidio.

Es preciso decir que el TPS no es un servicio psicoterapéutico, ni pretende sustituir la atención psicológica y/o psiquiátrica que pueda requerir la persona. Se trata de un apoyo complementario de atención inmediata, que atenúa el sufrimiento en situaciones de crisis y que pretende vincular a la persona con otros recursos (sanitarios y no sanitarios) que puedan ofrecerle la ayuda que precisa.

En definitiva, el TE y el TPS son unos dispositivos accesibles en cualquier momento y prácticamente desde cualquier sitio, que ofrecen la atención y el apoyo que necesitan personas que sufren. Para hacerlo posible, contamos con la colaboración de centenares de voluntarios altamente motivados y comprometidos, formados específicamente para desarrollar las tareas que llevan a cabo y supervisados por profesionales de la salud mental.

LA VOZ DE LOS VOLUNTARIOS/AS

Los voluntarios/as que atienen a los usuarios/as como escuchas o como orientadores/as constituyen los pilares básicos de los servicios de la Fundación. Su pericia y su capacidad de empatía son la clave para entender el efecto balsámico de los teléfonos de la esperanza. Hemos querido darles la voz para profundizar en el conocimiento de la metodología de la escucha activa. Su testigo, en lenguaje coloquial de la mesa redonda telemática que organizamos, ofrece un retrato vive y directo de la riqueza humana que llegan a establecer en la comunicación con los usuarios/se de los servicios.

Oriol Homs: Nos gustaría incorporar en el primer informe del Observatorio de la Esperanza vuestra experiencia como escuchas y como orientadores/as. Vosotros sois la pieza fundamental del servicio que ofrecen los dos teléfonos.

La primera pregunta que quiero hacer es: cuando la gente llama, ¿qué creéis que espera del Teléfono? ¿Apoyo, comprensión, ayuda, recursos, que los ayudamos...?

Joaquim: Evidentemente hay muchas problemáticas, pero básicamente en el 90% de los casos, lo que quieren es ser escuchados, pero más que ser escuchados, lo que quieren es poder hablar con alguien que a veces es diferente de ser escuchado. Es decir, saber que hay alguien al otro lado que cuando te dice algo te puede contestar, no tanto como para darle el visto bueno de lo que está diciendo sino para decir "ah, muy bien, pues escucha... ", como una charla normal y corriente. Es decir, con la mayoría, al menos en el Teléfono de la Esperanza, yo lo que veo es muchísima soledad, pero incluso con gente con enfermedades mentales que lo único que quieren es hablar, nada más, no quieren nada más, más que ser escuchados quieren hablar. Y te dicen: "gracias por haber estado aquí, gracias por hablar conmigo, gracias por conversar", etc.

Tat: Que quieren conversar. Me viene a la cabeza la última llamada que tuve el viernes pasado en el Teléfono de Prevención del Suicidio de una mujer que estaba muy angustiada y ella comenzó a llorar, lloraba mucho y comenzó diciendo que estaba esperando que le dieran visita al psiquiatra, pero que estaba en un momento que necesitaba hablar con alguien y estaba con lo de quitarse la vida y tal. Y entonces para ella es como que descuelgo este teléfono y sé que alguien me escucha en este momento de crisis.

Joaquim: Sí, sí, lo que quiere la gente es tener a alguien a quien contarle algo y que tú interactúes muchas veces con él. Tienen tanta soledad en su interior que este rato en que consiguen hablar con alguien, a ellos se les abre un poco el mundo, "yo ya no estoy solo, yo ya no, ya tengo alguien con quien hablar".

Oriol Homs: ¿Es como si fueran a tomar un café o salir con alguna persona o con una amiga o con algún conocido? ¿O hay gente que pide más?

Tat: Hay gente que pide opinión.

Joaquim: Sí, sí, pero ayuda directamente normalmente no te la piden, te preguntan, "¿tú qué harías?" En el Teléfono de la Esperanza, tú les dices: "Mira escucha esto es una decisión personal tuya, yo estoy aquí para hablar y tal vez si de la conversación sale algo que tú puedas ver, muy bien", no hay

tanta gente que en definitiva te pida ayuda, hay algunos, pero hay mucha más que lo que quiere es hablar con alguien.

Helena: Yo creo que más que ayuda, lo que necesitan es sentirse comprendidos dentro de su problemática, que alguien les entienda lo que te están contando y que no le juzguen, sobre todo, el sentir ese apoyo de alguien...

Alícia: Yo también creo que la gente quiere ser escuchada, pero hay algo que también a veces actúa y de lo que a veces tampoco son conscientes en el momento en que nos llaman. Cuando nos llaman saben perfectamente que somos personas anónimas, que nunca sabrán cómo somos, ni nosotros cómo son ellos. Pero realmente lo que actúa como bálsamo es escuchar la propia voz, verbalizar aquello que les está angustiando y esta misma angustia brota, la ven, casi la tocan, porque la pueden escuchar, y precisamente por eso, porque somos anónimos, pueden llegar a más, incluso más profundamente, que lo harían con una conversación con una amistad o con cualquiera muy próximo. Y desde luego es soledad, mucha soledad. Pero el efecto de escucharse la propia voz... creo que es muy importante para sentirse mejor después, y con independencia de lo que puedas decir, claro.

Joaquim: Claro, y ese atreverse a decirlo, es iniciar esa conversación que, a lo mejor con su hermana, estoy hablando por ejemplo de un usuario habitual que ha llamado esta noche, que vive solo, pero que de las cosas que habla y que a mí me comenta, con su hermana no las habla. En cambio, a mí me las dice.

Alícia: Pero es que a lo mejor incluso ni mentalmente, a lo mejor ni las verbalizan, o sea es algo que en el momento que extraen de sí, tiene un efecto terapéutico.

Joaquim: Ese nivel de confianza que llegan a tener contigo, no lo tienen con su entorno más habitual, porque a lo mejor su entorno habitual tiene una función más terapéutica, mucho más de bisturí, y a lo mejor en ese entorno más libre puedo decir que me he comprado cuatro películas X, por ejemplo. Pues a mí me lo comenta con toda naturalidad y ya está, no pasa nada.

Alícia: Nosotros no nos escandalizamos de casi nada.

Helena: Yo cuando alguien a veces empieza: “Es que no sé cómo decírtelo, porque lo que te voy a contar es que me da vergüenza”, yo siempre le digo “Es que piensa que tú y yo podríamos ir en el autobús juntos uno al lado del otro y yo no sabría quién eres tú, ni tú sabrías quién soy yo. Con lo cual, puedes hablar con total confianza porque yo no tengo ningún dato de ti más que lo que tú me quieras contar...”

Alícia: No juzgamos, evidentemente procuramos no juzgar de normal. Pero bueno es imposible, cuando ves a alguien ya estás clasificando: gordo, delgado, guapo, feo… Pero en el momento que no se ve, solo se escucha, también podemos actuar a lo mejor más profundamente y romper barreras, y estar más cerca y ser más próximos.

Albert: De acuerdo, pero yo añadiría que además aportamos lo que llamamos reformulación, es decir, así que a ti lo que te está ocurriendo es tal cosa y tal otra, y eso que habéis dicho de que, al verbalizarlo, las mismas personas se escuchan a sí mismas, si tú también lo refuerzas con la reformulación, de alguna manera se confirma lo que decimos de que la palabra puede ser terapéutica.

También quisiera añadir que, por ejemplo, una persona con un trastorno mental, cuando nos llama se encuentra en una situación momentánea que a lo mejor le está pasando en ese momento, en cambio cuando esta persona va al terapeuta debe cambiarse de ropa, debe salir a la calle... quiero decir que ya cambia de actitud, y entonces la cosa es más formal. En cambio, cuando nos llaman no aplican tantos filtros.

Joaquim: Pero fíjate la paradoja Albert, y continuando con lo que decía Helena del anonimato y lo que decías tú, la paradoja es que muchos habituales, así que tú descuelgues el teléfono y dices “Teléfono de la Esperanza, dígame “, ¡ya saben quién eres! No conocen tu nombre, no saben tu edad ni nada, pero ya te tratan de tú a tú, y tú sí sabes su nombre porque te lo han dicho, y en cambio para ellos es como si fueras una persona anónima. Es decir, hablan y te confiesan cosas como si fueras amigo suyo y te vieran cara a cara.

Oriol: Estáis insistiendo mucho en el tema del anonimato que me parece muy importante. Vosotros pensáis que, si de alguna forma se rompiera, es decir, que os vierais la cara por ejemplo con un vídeo, ¿hablarían igual cómo hablan?

Albert: Yo creo que no.

Tat: Yo creo que no.

Albert: Ni ellos ni nosotros.

Tat: Ni ellos ni nosotros, exacto.

Cinto: Yo quisiera comentar algo sobre el anonimato, que realmente es muy interesante, pero en nuestro caso, no solo es el anonimato, sino que es la falta de imagen. O sea, una señora que se planta junto a ti en el autobús

que coge cada día, habla con esa persona, y es totalmente anónimo: no sabe ni quién es, ni cómo vive, etc. En nuestro caso, en el anonimato aparte de evidentemente no saber nada de nosotros, es la falta de imagen, que es algo que yo creo que es muy importante.

Oriol Homs: Estáis repitiendo mucho el caso de los habituales, y es normal porque son los que vais conociendo más, quisiera profundizar en esto: ¿quién consideráis que son habituales? ¿Una persona que llama dos, tres veces o una persona que llama cada día, una persona que llama cada semana…?

Joaquim: Para mi habitual sería aquella persona que en un momento dado tiene como recurso el Teléfono para cualquier situación. Hay gente que llama todos los días, pero yo he tenido veces que una misma persona me ha llamado diecisiete veces en un mismo turno, quiero decir que ha tenido un momento de crisis y ha sido constante; y en cambio puede haber personas que pueden llamar una vez cada dos meses, y no por ello dejan de ser habituales. Llaman cuando tienen cualquier necesidad de hablar con alguien, tienen el Teléfono como referente. Y muchas veces, creo que somos nosotros los que creamos habituales porque yo soy el primero que ante una llamada de una persona que llama angustiada porque te quiere contar algo, le digo: “Oye, llámanos las veces que necesites si esto te aligera el peso que tienes y te hace estar mejor, llama, no te preocupes”. Y por ejemplo en el turno de noche las llamadas pueden ser más espaciadas, no hay tanto colapso, y dices “tranquila, si tú a las 4 de la madrugada te despiertas y tienes necesidad de hablar, llama, no te preocupes”. Quiero decir que muchas veces nosotros creamos con esta gente la habitualidad al decir “tranquilo, estamos aquí para ayudarte, no estamos aquí para decirte que no me llames más, no, no”.

Joaquim: Sí, pero, por ejemplo, ayer me llamó una persona y lo que os decía antes, a mí ya me conoce “Hombre, qué tal, hoy tienes guardia, hoy tienes turno” y dice: “Mira, ¿sabes qué?, ya no tengo pensamientos suicidas

“y dices mira que bien, son de esas cosas que dices, ostras, pues me alegro que estés bien que hayas mejorado un poco.” Ahora parece que está mejor.

Oriol: Disculpad, quisiera introducir un nuevo tema: ¿alguna vez la gente os pregunta algo que vosotros no podéis dar? ¿Recursos, ayuda, etc.? Es decir, gente que utilice el Teléfono para pediros cosas que no están a su alcance o que no tiene los contactos o la relación

Albert: A mí, recursos normalmente me piden muy pocos. Un día llamó un chico entre clase y clase de un instituto para decir que tenían una compañera que adelgazaba mucho y que pensaban que esta chica era anoréxica. Y entonces, aun creyendo que vivía con sus padres estaban preocupados, no sabían qué hacer y por supuesto se le dio un recurso de trastornos de la alimentación.

Alícia: A veces también lo que pasa es que te plantean una situación crítica, hablo ahora de un caso de no hace mucho del Teléfono de Prevención del Suicidio, con el cual a través de los recursos y las herramientas que tienes vas conduciendo el caso y te vas saliendo: “no, aquí no puedo, aquí ya he ido, aquí me han dicho que no...”, y a veces te encuentras también con la sensación de que estás muy limitado porque lo que tú puedes ofrecer a aquella persona que tiene una situación desesperada social, familiar, económica..., ya ha llamado a todas las puertas. Y te quedas un poco con esa sensación de desolación porque dices, y ahora ¿qué hago? Y aparte de abrazarlo mental y emocionalmente, te quedas con la sensación de que no tienes nada más porque ya lo han probado todo o porque él o ella cree que lo ha probado todo, aunque no sea así.

Tat: Quería comentar dos cosas: una, con respecto al Teléfono de la Esperanza, sí que a veces hay demandas de que la voluntaria que responde al teléfono haga el rol de madre, haga el rol de la vecina, existe esta demanda. Y luego cuando comentábamos sobre el Teléfono del Suicidio, por ejemplo, el otro día recibí una llamada de una mujer que estaba muy angustiada, ella no estaba en condiciones de ver nada. En este caso el acompañamiento activo es una forma de conducir la conversación para que ella pueda ver a través de mis palabras lo que ella no puede ver a pesar de que lo está contando.

Oriol: Con esto que cuentas quisiera empezar un nuevo tema. ¿Nosotros somos los que recogemos las derivaciones de los servicios de salud o los servicios sociales o de otro tipo, o somos los que detectamos puntos que deberíamos poder derivar a las redes de salud o servicios sociales? ¿Cómo lo veis, vosotros?

Tat: Yo tengo la sensación de que acompañamos en el desierto que queda entre la visita al psiquiatra o al psicólogo una vez al mes o cada dos meses... Hay como una tierra árida que saben que llamando pueden hablar, les podemos acompañar, son escuchados...

Helena: Entre visita y visita.

Alícia: También la situación se ha agravado mucho por el tema de la pandemia. Los que padecen una enfermedad mental ahora hablan un momento por internet, por el móvil, por vídeo con sus terapeutas... pero yo creo que son precisamente enfermedades que necesitan el contacto que necesitan... Pero en cambio con nosotros, tal vez por el anonimato te hablan con mucha naturalidad, supongo que están acostumbrados a que nosotros los tratamos como cualquier otro, que no quiere decir que yo a esa persona la tome "por loca", que es como la sociedad, a veces, la cataloga.

Albert: Sí, pero ocurre algo, el tema de la enfermedad mental muchas veces el primero que lo estigmatiza es el que lo está sufriendo, porque lo ha visto en la sociedad.

Alícia: Pero es que ya están escaldados porque están acostumbrados a que desde muy jóvenes cuando han comentado su enfermedad se han quedado sin la novia, o el novio, se han quedado sin amigos, en el trabajo les han apartado. Y cuando tú comentas: "Y por qué no se lo cuentas? Es algo natural, es una enfermedad, estás en tratamiento", no te contestan y claro, duele.

Helena: Yo una de las llamadas que más me ha impresionado, si no digo la que más, fue una persona con un trastorno de salud mental importante, y él en ese momento que me llamó se encontraba bien porque eran brotes, tenía alucinaciones y brotes psicóticos y me lo contaba estando él bien, o sea totalmente bien. Me contaba cómo se sentía cuando los tenía, cuando los había pasado, o sea me lo contó con una naturalidad y con una manera de... es que no sé ni cómo verbalizar lo que me hizo sentir. O sea, lo vi tan natural explicándolo, lo contaba con tanto dolor lo mal que lo pasaba cuando le daban los brotes y luego cómo le hacía sentir la gente por el problema que tenía … y lo veías tan frágil pobre hombre. O sea, cuando lo pasa, qué mal lo pasa y luego es una persona que había perdido el trabajo, la novia… lo había perdido todo por este motivo. Y piensas qué vulnerables, o sea de tenerlo todo, porque me explicó cómo empezó, todo el proceso y la verdad es que fue realmente una llamada de esas que dices... profundas, y aún te hace ser más consciente del problema de la salud mental, lo estigmatizada que está, y cómo se gira la vista para no verla.

Joaquim: El problema de la salud mental muchas veces proviene incluso de la misma familia. O sea, a veces los primeros que estigmatizan al enfermo son los mismos familiares y a mí algún enfermo me lo ha dicho, dice: “Es que los primeros que empezaron a alejarse de mí cuando me diagnosticaron esquizofrenia, fue mi familia, fueron mis hermanos”.

Oriol: Decís que con la pandemia habéis notado un cambio. ¿Qué tipos de cambios habéis notado? ¿Habéis notado temáticas nuevas o problemáticas nuevas, o es lo de siempre, pero más agudas o más necesidad de hablar?

Joaquim: Yo lo que sí he encontrado son más llamadas de personas mayores que antes no habían llamado nunca y que ahora te dicen: “Es que claro, antes podía salir a comprar o quedaba en el parque y me sentaba en el banco, y ahora no lo puedo hacer”. Sí que he notado más incremento con este tipo de perfiles, de gente con poca movilidad a la que la pandemia ha hecho que la poca movilidad que tenían antes, se haya vuelto nula.

Alícia: Yo lo que he notado, también, es el tema económico. Gente que se ha quedado sin trabajo, e incluso aunque estén cobrando el paro, personas que estaban en activo, que se han encontrado con que tenían que cuidar del padre, de la madre... La situación ha cambiado, han dejado de hacer las cosas que hacían, lo que les ha significado una alteración en su ritmo de vida y, sobre todo, la angustia por el tema económico y el tema económico es muy, muy angustiosa. Últimamente prácticamente no hago más que Prevención del Suicidio, pero yo encuentro casos muy, muy desesperados y es tema económico. Y aquí sí que nos encontramos con que poco podemos hacer para ayudar en este sentido.

Oriol: ¿Creéis que vuestros teléfonos están más especializados para atender necesidades más personales, más psicológicas, más emocionales que las de demandas de recursos más inmediatos, más materiales... es así?

Joaquim: Para mí, sin duda, sí. La gente que llama al Teléfono de la Esperanza pide más una ayuda psicológica, hablar, ser escuchado, más que dónde puedo ir a dormir, dónde puedo ir a comer o puedo hacer tal cosa. Y en cambio, la gente que llama a otros teléfonos, lo que busca es una solución inmediata a un problema material, es decir, dónde puedo irme a duchar, hace 15 días que no me puedo duchar, hace 15 días que no me he cambiado de ropa, ¿dónde puedo ir a comer, dónde puedo ir a hacer aquello?

Oriol: Para finalizar quisiera preguntar qué impacto creéis que tenéis sobre las personas que os llaman.

Albert: Yo creo que es muy satisfactorio, que es muy gratificante. Siempre cuando se termina una llamada, yo diría que el 90% te dan las gracias, te reconocen que estaban angustiados cuando te han llamado y que ahora están mejor... quiero decir, a veces entre nosotros lo comentamos, lo que recibimos es lo que damos, pero incluso en el sentido que lo verbalizan, a veces te dicen: "Estoy más tranquilo ahora que cuando salgo de una terapia", por ejemplo. Quiero decir que te lo agradecen mucho muchas veces, incluso gente con trastornos mentales graves.

Joaquim: Yo estoy con Albert. Cuando tú recibes una llamada de estas de alguien que te llama angustiado o con un nivel de estrés muy alto, siempre cuando termina la llamada le pregunto: "¿Cómo te encuentras ahora?", Porque además le digo: "Ahora te noto la voz más calmada, te noto la respiración más tranquila, ¿cómo estás?" y me dice "mucho mejor, solo hablar, porque no me han solucionado nada, pero solo hablar me ha ido bien". Quiero decir que yo creo que el nivel de satisfacción para ellos es alto, para mí mucho más, porque a mí que esta persona me diga que ya no está como estaba cuando me ha llamado al principio, a pesar de que lo notes, pero que te lo diga ella directamente...

Alícia: Yo estoy de acuerdo con los compañeros. Sí, el nivel de satisfacción es enorme porque tú has tenido primero el pajarito herido en la palma de la mano, lo has visto que estaba llorando, que estaba angustiado, que estaba a veces rabioso y poco a poco, sea por la manera que tú has rodeado la conversación, por una risa que por un momento dado parece imposible de una persona que esté llorando puedas llegar a romper aquel llanto, que te acompañe con la risa... te das cuenta de que es un milagro porque tampoco hay tanto tiempo para hacer este trabajo. Lo tenemos que hacer desde el momento cero hasta que termina, que puede durar media hora, tres cuartos, una hora, en casos muy extremos una hora y media... pero no hay tanto tiempo. Yo siempre digo, hay algo que me gusta decir cuando tengo una llamada de estas difíciles, de esas que te rompe, que para mí se apaga el mundo, se apaga el mundo y yo solo estoy para esa persona y cuando cuelgas y ves que realmente sí, que ha reavivado, que "escúchame, ¿vosotros sabéis que salváis vidas"?

Helena: Casi todo el mundo acaba con gracias, y esto es muy gratificante por ambas partes, pero sobre todo es eso que ahora comentaba Alicia, el hecho de empezar una conversación en un tono muy mal, la persona muy nerviosa, llorando... y acabar sonriendo, porque no voy a decir riendo a carcajadas porque no es, pero el acabar sonriendo es bufff qué bien, que cuelgas y dices ole, no, por lo menos esta persona ha colgado muchísimo mejor de como nos ha llamado y ya solamente por eso ha merecido la

pena, y eso es lo más gratificante, o sea pasar de un extremo al otro en tan poco tiempo porque te llaman llorando angustiadas porque lo que les está pasando es realmente para eso, y bueno después de que ya lo han contado todo e intentas llevar todo lo positivo, sacar algo que les haga por lo menos sonreír, y cuando lo consigues dices... qué bien, qué bien por esa persona.

Alícia: Claro, hacemos milagros, Helena, a veces.

Helena: A veces pienso que sí, porque dices ¿cómo lo he hecho? ¿Cómo he conseguido que esta persona...? Pero es lo que tú dices, centrarte solamente en eso.

Alícia: Se apaga el mundo, se apaga el mundo y ya está. Solo tienes a esa persona en la cabeza.

Helena: Claro, es que, si tu cabeza está en otro lado sí que no eres capaz, pero es centrarte plenamente en lo que te están contando e intentar llevarlo a la mejor parte.

Datos del observatorio

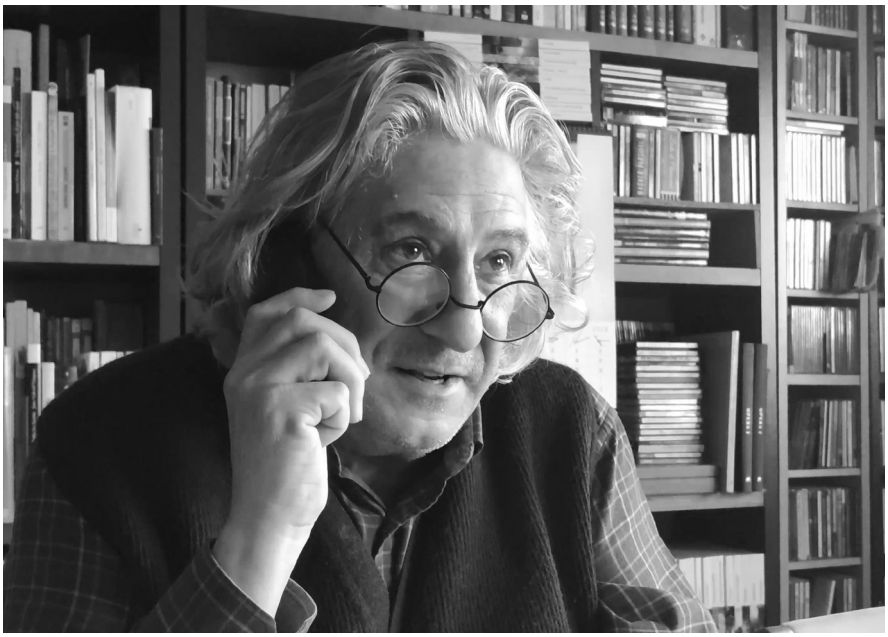
EL TELÉFONO DE LA ESPERANZA

El Teléfono de la Esperanza es el servicio estrella de la Fundación. Se trata del servicio de atención telefónica con funcionamiento garantizado las 24 horas y los 365 días del año.

Los teléfonos tienen siempre a una persona voluntaria dispuesta a escuchar y acompañar a la persona que lo necesita. Se establece un diálogo muy sincero gracias al anonimato y la confidencialidad en el que se produce.

Nuestra misión consiste en ofrecer un acompañamiento generando un espacio seguro donde la persona se sienta bien acogida. Mediante la escucha activa y el respeto total conseguiremos que se reduzca la angustia y la preocupación. Trabajamos conjuntamente con la persona que llama, para reflexionar en torno a la situación o vivencia que quiere compartir con nosotros a la vez que buscamos formas de afrontarla.

La Fundación Ajuda i Esperança ofrece el servicio del Teléfono de la Esperanza desde su creación, dando continuidad a la iniciativa y experiencia que padre Miquel Àngel Terribas había puesto en marcha y desarrollado desde el año 1969.



El funcionamiento del servicio

Tradicionalmente, la Fundación Ajuda i Esperança ha acogido presencialmente a los voluntarios que han atendido el Teléfono de la Esperanza en su sede. La situación de pandemia por Covid-19 ha modificado de arriba abajo esta situación, ya que desde el primer día del estado de alarma en marzo de 2020 los voluntarios han atendido el Teléfono de la Esperanza desde su casa. Esta transformación ha generado nuevas dinámicas, si bien se ha mantenido la esencia del servicio.

El Teléfono de la Esperanza está dividido en 18 cabinas. En 2020 se han mantenido dos cabinas, que se han ampliado a tres cabinas (segunda quincena de abril, mayo y junio) coincidiendo con el estado de alarma. Cada cabina está dividida en turnos, según diferentes franjas horarias (mañana, mediodía, tarde, atardecer, primera parte de la noche i segunda parte de la noche). Cada turno está atendido por un voluntario de la Fundación, capacitado específicamente como escucha.

De este modo, en 2020 se han puesto a disposición un total de 18.282 horas de atención telefónica por parte del voluntariado de la Fundación, distribuidas mensualmente según la siguiente tabla:

Evolución mensual de las llamadas registradas

1.361 horas	Enero
1.326 horas	Febrero
1.357 horas	Marzo
1.800 horas	Abril
2.199 horas	Mayo
2.132 horas	Junio
1.306 horas	Julio
1.324 horas	Agosto
1.305 horas	Septiembre
1.398 horas	Octubre
1.380 horas	Noviembre
1.394 horas	Diciembre
18.282 horas	**Total 2020**

En el año 2020 el Teléfono de la Esperanza ha contado con la participación de 260 personas voluntarias. Los requisitos para formar parte del grupo de voluntariado son: tener más de 25 años, comprensión del catalán y castellano, vivir un momento de estabilidad emocional y disponer de 10 horas al mes para dedicarlas a escuchar a los demás.

El proceso de capacitación de los voluntarios del Teléfono de la Esperanza consiste en un cuidado proceso que se da de forma continuada y consta de las siguientes fases:

FASE I. Entrevista personal

Es un intercambio de información, expectativas y compromisos con tal de que la persona interesada pueda valorar si quiere formar parte de la entidad y el entrevistador pueda conocer y valorar la idoneidad de la persona en cuestión para el desarrollo de las tareas voluntarias.

FASE II. Formación inicial

La formación inicial es de carácter polivalente para la atención telefónica y tiene como objetivo dar lugar a un servicio exigente. El proceso formativo consta de una parte teórica y otra práctica de forma que la asimilación es progresiva empoderando a las personas voluntarias con el objetivo de que ofrezcan un servicio de calidad.

FASE III. Tutorías

Una vez realizada la formación inicial, las personas voluntarias pasarán a tutorías, es decir, a un acompañamiento por parte de otro voluntario/a con más experiencia, para los primeros contactos con llamadas reales. El voluntario/a sénior establecerá el momento en el que pueda pasar a atender llamadas sin acompañamiento.

Formación continuada

Consiste en ofrecer un seguimiento personalizado de la tarea que desarrollan las personas voluntarias. Periódicamente, se invita a las personas voluntarias a asistir a sesiones donde se trabaja la atención que se ofrece a los usuarios a partir de casos reales grabados y a cursos especializados para ir complementando la formación.

Apoyo emocional

El servicio de atención psicológica ofrece un espacio de escucha, apoyo y orientación a los voluntarios. De esta manera, se garantiza el bienestar emocional de aquellos que donan su tiempo y esfuerzo para acoger y acompañar a personas que están en una situación de dificultad.

Características de las llamadas

Durante todo el año 2020 se han recibido aproximadamente 54.846 llamadas. Los cambios tecnológicos que se están introduciendo en la plataforma para gestionar las llamadas va a permitir en el próximo año obtener un cálculo más exacto de las llamadas recibidas y algunas informaciones sobre sus características generales.

Del conjunto de llamadas recibidas se pudieron registrar 26.349 fichas con la información anonimizada de las personas atendidas y su problemática. La base de datos recoge, aparte de algunos datos codificados, la descripción de los relatos expresados por los usuarios y usuarias de su situación y de las problemáticas que les afectan. Esta información constituye un repositorio de historias personales de una gran riqueza documental y analítica. La explotación de esta información se ha realizado a partir de la codificación entera de toda la información de una muestra aleatoria de 1.034 fichas, lo que supone que los datos de la muestra representan, con un 95% de confianza y un margen de error del 3%, los datos del conjunto de las fichas registradas.

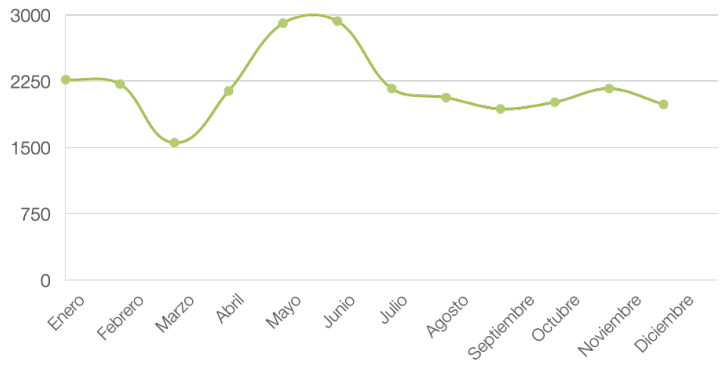
Hay que tener en cuenta que un 8,4% de las llamadas recibidas han sido llamadas “silenciosas”, es decir, que la persona que llamaba no llegó a establecer un diálogo con el escucha. Esta es una situación que se da en este tipo de servicios, cuando las personas llegan a marcar el teléfono, pero no dan el paso para conectar o expresar sus preocupaciones.

La evolución mensual de las llamadas durante el año refleja la incidencia de la pandemia de la Covid-19, especialmente durante el primer periodo del estado de alarma con las medidas de restricciones de las actividades y de la movilidad de las personas. La declaración del estado de alarma obligó a una reorganización muy rápida del servicio para poder seguir ofreciéndolo las 24 horas todos los días. Excepto algunos de los primeros días del decreto de alarma, el servicio estuvo activo en todo momento. Una vez desplegado el nuevo sistema telefónico de atención desde el domicilio de los escuchas, el incremento de llamadas atendidas supera el 50%. En los meses de abril a junio se registraron un 52% más de llamadas que en el primer trimestre. A partir de julio se estabiliza el número de llamadas a un nivel ligeramente superior al primer trimestre.

La evolución mensual pone de manifiesto el fuerte incremento de los meses de abril, mayo y junio, la normalización durante el verano y un ligero repunte a final de año. La apertura a partir del mes de agosto del Teléfono de Prevención del Suicidio seguramente ha desviado algunas de las llamadas que se recibían en el Teléfono de la Esperanza y que ahora se han

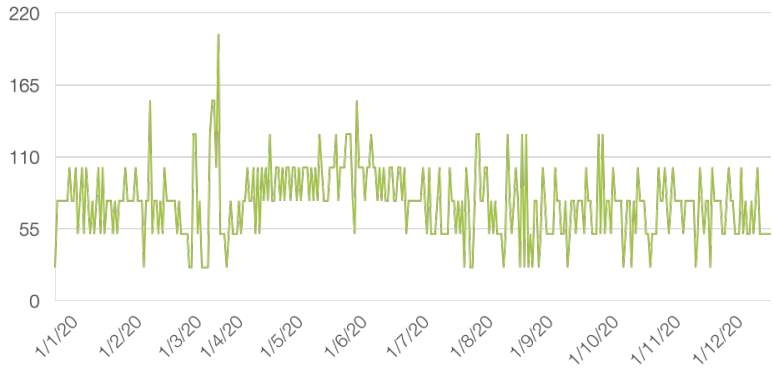
derivado hacia el nuevo servicio. Si se tienen en cuenta las llamadas a ambos servicios telefónicos, las llamadas atendidas ascienden a casi 56.000 (55.948 llamadas).

Evolución mensual de las llamadas registradas



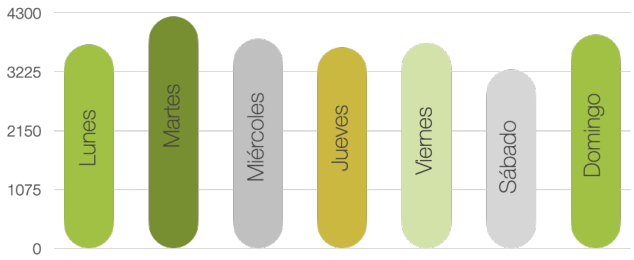
La evolución diaria de las llamadas refleja la misma tónica mensual, pero con unas oscilaciones diarias importantes que pueden llegar a significar ocho veces más entre los picos más elevados y los valles más bajos. La pandemia ha agudizado estas variaciones en las que algunos días determinados se concentra un elevado número de llamadas.

Evolución de las llamadas registradas



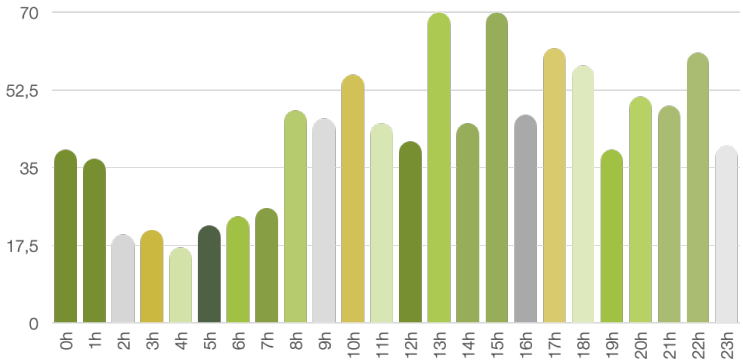
Las variaciones semanales explican una parte de las oscilaciones. Durante el periodo de todo el año se detecta que los primeros días de la semana a partir del domingo suele haber más llamadas que en el resto, y el sábado es el día con menos llamadas.

Llamadas registradas por días semana



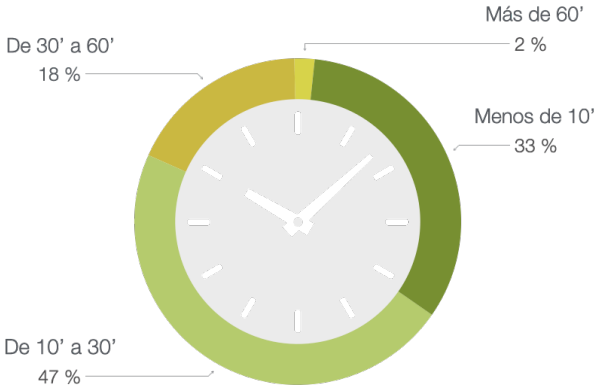
Otro factor de oscilación es el ritmo circadiano. Las llamadas varían mucho según la hora del día. Se observa un ritmo ascendente durante la mañana con un pico en el momento de comer, un descenso por la tarde y otra remontada hacia la noche, con otro pico a las 11 horas. Las horas con menos llamadas son durante la madrugada. Es conocida la influencia del ritmo circadiano sobre los estados de ánimo de las personas.

Llamadas registradas según horario diario



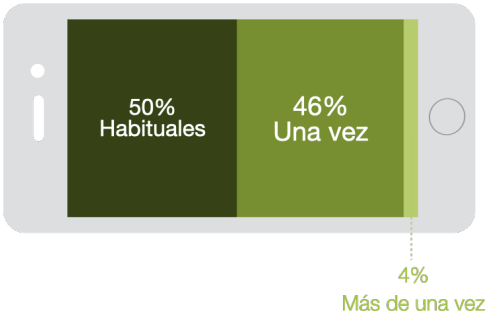
La gran mayoría de las llamadas tienen como máximo una duración de media hora, siendo las más frecuentes las que duran entre 10 y 30 minutos. Las de más de una hora son muy reducidas.

Duración de las llamadas registradas



La duración de las llamadas expresa también un tipo de relación de los usuarios/arias con el servicio. El 46% de las llamadas son únicas en un turno de servicio, es decir, personas que solo llaman una vez en un turno determinado. En cambio, si llaman más veces suelen corresponder a los habituales del servicio, en el sentido de que llaman de forma recurrente, ya sea muy a menudo o de forma más esporádica cuando lo necesitan.

Número de llamadas de los usuarios/as



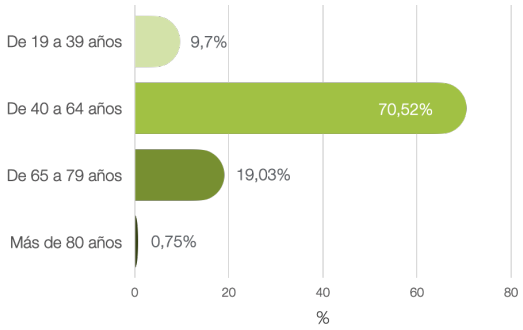
Características de los usuarios/as

Dado el anonimato de las llamadas, solo es posible conocer de forma aproximada las principales características de las personas que llaman al Teléfono de la Esperanza. Algunas singularidades de las personas es posible detectarlas a través de la información que se vehicula durante la conversación.

De las llamadas registradas, dos terceras partes corresponden a mujeres y la otra tercera a hombres. En 22 casos las llamadas se refieren a personas que se identifican como no binarias.

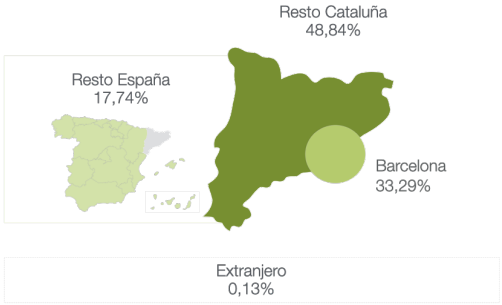
La gran mayoría de las llamadas responden a personas adultas de las edades centrales entre 40 y 64 años. Una de cada 5 eran de personas de más de 65 años, y una de cada 10 podían considerarse jóvenes. En 21 casos eran menores de edad.

Distribución por edades de las llamadas registradas



Por zonas de residencia, Barcelona es el municipio con más incidencia, aunque la residencia del conjunto del resto de Cataluña constituye el colectivo más importante. A destacar que una de cada 6 llamadas procede de

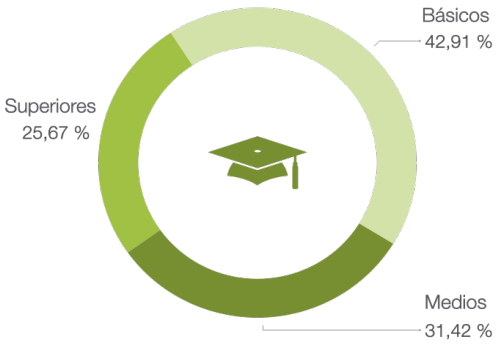
Llamadas registradas por zona de residencia



fuera de Cataluña. También hay unos cuantos pocos casos que proceden del extranjero.

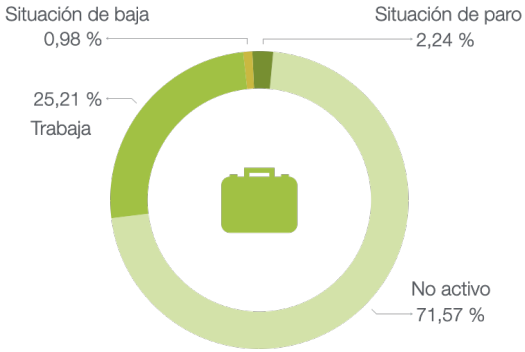
Aproximadamente, los niveles culturales, medidos en términos de estudios, se pueden clasificar en: casi la mitad de las llamadas tienen un nivel básico, el segundo colectivo es el de estudios medios y finalmente los que tienen estudios superiores.

Distribución por estudios de las llamadas registradas



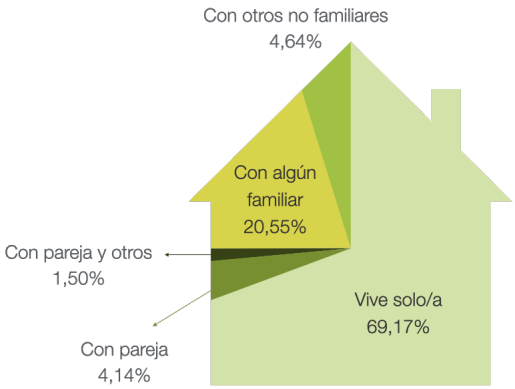
El colectivo más importante de llamadas se refiere a personas que no son activas laboralmente o bien por razones de edad o por enfermedad o bien porque se dedican a tareas domésticas. Representan casi tres cuartas partes de las llamadas. Otro 25% corresponde a personas que están trabajando. Las personas en situación de paro o de baja son escasas.

Distribución llamadas registradas por situación laboral



Más de dos terceras partes de las personas que llaman manifiestan que viven solas. Este hecho es relevante, ya que como se verá más adelante, una de las problemáticas detectadas más abundantes es la soledad no deseada, a pesar de que en muchos casos este tipo de soledad no coincide con personas que viven solas. Hay personas que manifiestan sentimientos dolorosos de soledad y conviven con otras personas familiares o no. El segundo colectivo en importancia es el que corresponde a personas que conviven con algún familiar ya sea ascendente o descendente. El resto de situaciones son mucho más minoritarias.

Distribución llamadas registradas por situación de convivencia



Las problemáticas atendidas

Por las problemáticas expresadas durante las conversaciones telefónicas, se detecta que el Teléfono de la Esperanza atiende principalmente a personas que viven situaciones problemáticas de tipo psicosocial.

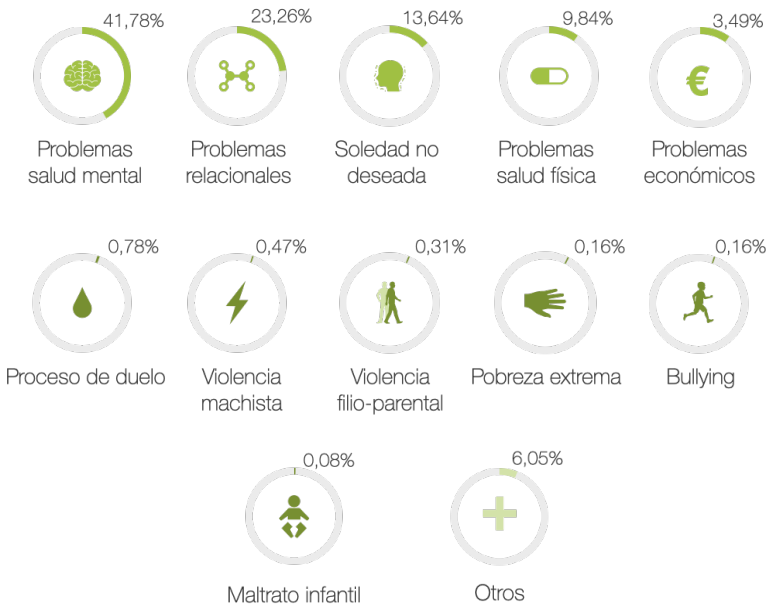
La más repetida es la relacionada con la salud mental. Casi la mitad de las llamadas indican algún tipo de problemática relacionada con algún desequilibrio o tensión mental. En el 40% de los casos, esta problemática no se presenta aislada, sino que es compartida sobre todo con problemas

relacionales y con soledad no deseada. Pero un 60% de las llamadas solo se refiere a alguna problemática de salud mental.

La segunda problemática detectada es la relacional, la mayor parte de las veces relacionada con alguna otra problemática, a menudo con la enfermedad mental, pero no siempre. Otras veces sin que se haya relacionado con desequilibrios mentales, está relacionada con la soledad no deseada.

La tercera problemática es la soledad no deseada y mal vivida, a menudo relacionada con otras problemáticas, pero tampoco siempre. En más de una tercera parte de los casos es la única problemática expresada. En algunos casos está también relacionada con alguna enfermedad física que dificulta la relación con otras personas.

Porcentaje de problemáticas detectadas



Los problemas relacionados con la salud física constituyen la cuarta problemática expresada en las llamadas. Los problemas económicos suelen ir relacionados con otras problemáticas. El resto tienen una escasa manifestación en las llamadas recibidas.

Así, los problemas de salud, tanto mental como física, y los de tipo social que afectan las relaciones entre personas constituyen el grueso de las problemáticas atendidas por el servicio.

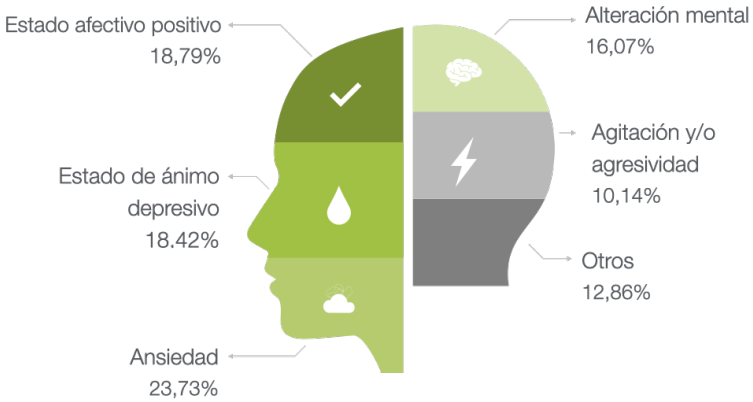
Porcentajes de llamadas registradas según tipo de enfermedad mental

Las enfermedades mentales más comunes son las que manifiestan ansiedad, miedo, a menudo relacionadas con la Covid-19 a partir del mes de marzo, catalogadas como Otras por su variabilidad de intensidad; casi la mitad de las llamadas manifestaban síntomas de ansiedad y miedo. En una de cada cuatro llamadas se ha detectado un sufrimiento esquizofrénico. Las otras enfermedades mentales son más minoritarias como la depresión, el trastorno límite de personalidad o el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo compulsivo, las adicciones o el trastorno alimentario.

A partir de la pandemia, aparece con más intensidad la temática de la ideación suicida que llega a afectar entre el 3 y el 5% de las llamadas. A pesar del inicio del Teléfono de Prevención del Suicidio, el Teléfono de la Esperanza sigue atendiendo a algunas personas con ideaciones suicidas.

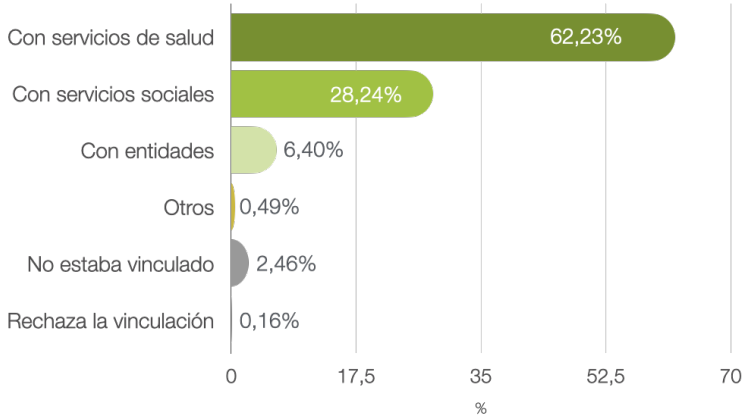
En el momento de la llamada, una de cada cuatro presentaba síntomas de agitación o agresividad o alteración mental que el escucha intentó apaciguar. Casi la mitad estaban en una situación depresiva o de ansiedad. En cambio, casi uno de cada cuatro manifestaba un estado de ánimo positivo, a los que la llamada telefónica les ayudaba a soportar su situación personal, en muchos casos relacionada con la soledad no deseada.

Distribución llamadas registradas según situación emocional



La práctica totalidad de las llamadas manifestaban estar en contacto con otros servicios, principalmente los servicios de salud y los servicios sociales. En estos casos, el Teléfono de la Esperanza juega un rol complementario y pone de manifiesto la necesidad de desarrollar recursos adicionales para atender las problemáticas detectadas. En algunos otros casos, pocos, la persona no está vinculada a ningún otro servicio y el teléfono sirve de detector de situaciones no detectadas por los servicios, ya sea de salud o de servicios sociales.

Distribución llamadas registradas según vinculación con otros servicios

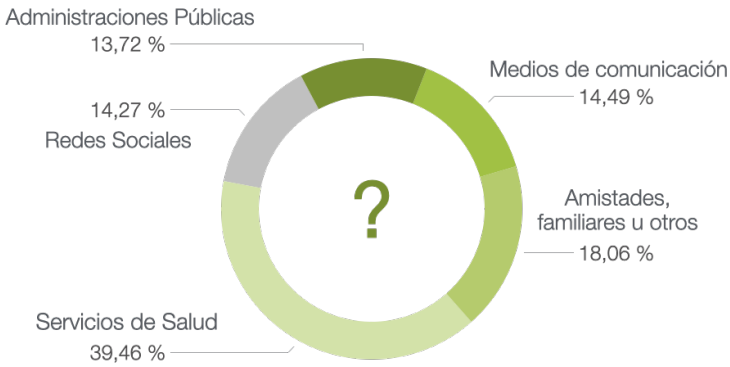


Los comentarios de los escuchas en sus fichas de registro de las llamadas permiten deducir el importante papel que tiene el teléfono como elemento de compañía para reducir las tensiones provocadas por la problemática relacional, la soledad, situaciones de sufrimiento mental u otras problemáticas de las personas que llaman. Esta es seguramente la principal aportación del teléfono complementaria a las atenciones de los servicios de salud y servicios sociales. En muchos casos, además de compañía, el servicio del teléfono contribuye a la contención emocional. La persona que expresa sus problemas y vivencias queda aligerada y confortada en la mayoría de los casos por el hecho de haber podido descargar en otra persona la situación y haber recibido comprensión. Compañía y contención emocionales son las dos grandes aportaciones del servicio de la Esperanza a una población falta de los apoyos personales necesarios para afrontar sus problemas personales.

Vías de conocimiento

El Teléfono de la Esperanza tiene una larga trayectoria con una importante implantación principalmente en Barcelona, pero también en otros lugares de Cataluña. La vía del conocimiento del servicio en más de una tercera parte proviene de los propios servicios de salud, confirmando su papel complementario a dichos servicios. La segunda fuente de conocimiento proviene de personas, ya sean amistades o familiares, y pone de relieve la amplia red de contactos y relaciones establecidas por el teléfono durante los años de servicio. Otras fuentes de conocimiento son las administraciones públicas, tanto locales como de la Generalitat, los medios de comunicación (radio, prensa y TV) y las redes sociales.

Fuente de conocimiento



TELÉFONO DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Desde agosto de 2020, Barcelona dispone también de un Teléfono de Prevención del Suicidio (TPS). Se trata de un servicio que se estaba gestando desde principios de 2020 y que se aceleró con la pandemia de la Covid-19 ante el incremento del malestar emocional de la población. La iniciativa del Ayuntamiento de Barcelona cristalizó en un convenio con la Fundación Ajuda i Esperança por el despliegue del servicio dada la experiencia de la Fundación en este tipo de atención. En un tiempo récord, se pudo inaugurar el teléfono el día 6 de agosto. El mismo día 6 se recibieron ya tres llamadas. Este es un servicio pionero en el Estado español, ya que hasta el momento no existía una línea de atención telefónica específica de prevención del suicidio que atendiera de manera gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. El TPS opera también con personas voluntarias especialmente seleccionadas y específicamente formadas en atención telefónica en situaciones de crisis y en prevención del suicidio y supervisadas por profesionales de la salud mental, con experiencia de escucha activa como mínimo de 60 horas en el servicio del Teléfono de la Esperanza.

Tras cinco meses de funcionamiento ya disponemos de una visión del funcionamiento de esta primera etapa del servicio. El análisis de los datos registrados de las llamadas recibidas permite ofrecer un primer balance de los resultados obtenidos. En este primer informe anual del TPS presentamos las características del servicio, su organización, y los resultados obtenidos. La experiencia acumulada nos permite planificar una segunda etapa de consolidación del TPS a lo largo de 2021.

Los servicios telefónicos de prevención del suicidio

Habitualmente las necesidades que tenemos las personas de contacto social y de afecto son satisfechas por nuestro entorno más cercano: familiares, amigos, compañeros de trabajo o de estudios, vecinos… Pero son muchas las personas que no disponen de estos recursos de apoyo a su alrededor. Esta contingencia es más evidente en algunos colectivos en situación de mayor vulnerabilidad como, por ejemplo, personas con problemas de salud mental crónicos, personas mayores que viven solas, jóvenes con entornos familiares disfuncionales, etc. La circunstancia que viven estas personas les lleva, muchas veces, a "no tener oportunidades de interacción ni recibir las conexiones solidarias o los sentimientos de pertenencia que precisan para mantener el deseo de vivir"[1].

Como afirmó Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud (2007-2017), "el tabú y el estigma alrededor del suicidio persisten y muchas personas no buscan ayuda o se quedan solas. Y si la buscan, muchos sistemas y servicios de salud no consiguen proporcionar una ayuda oportuna y eficaz"[2]. En este sentido, "las líneas de crisis ayudan a paliar la angustia que puede experimentar una persona y pueden reducir la intensidad de estos sentimientos para permitir la resolución de problemas y las acciones prácticas que se puedan considerar en respuesta a problemas personales"[1].

La mayoría de países homólogos al nuestro disponen desde hace tiempo de líneas de atención telefónica para la prevención del suicidio, muchas de ellas atendidas por personas voluntarias formadas específicamente para gestionar situaciones de crisis y de riesgo de suicidio. Es el caso, por ejemplo, de Suiza, donde opera el "Teléfono 143 (Die Dargebotene Hand / La Main Tendue / Telefono Amico)" desde 1976; de Francia, Suicide Écoute,

1. World Health Organization (2018). Preventing suicide: a resource for establishing a crisis line. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311295/WHO-MSD-MER-18.4-eng.pdf

2. World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf?ua=1

desde 1994; de Canadá, Crisis Services Canada / Services de crises du Canada, desde 2002; de Estados Unidos, National Suicide Prevention Lifeline, desde 2005, o de Holanda, 113 zelfmoord preventie, desde 2009. Hay líneas de atención telefónica que atienden situaciones de crisis con personas voluntarias en más de 60 países de todo el mundo[3].

Existe múltiple literatura que aporta evidencia de la efectividad de estos tipos de dispositivos. Por ejemplo, en un estudio sobre los resultados conseguidos en las llamadas a centros de atención telefónica en situaciones de crisis en Estados Unidos se observó una disminución significativa de la intencionalidad suicida al finalizar la llamada, asimismo una evaluación posterior indicó disminuciones en el desespero y el dolor psicológico en las semanas siguientes[4]. En otro estudio que analizaba llamadas de jóvenes con ideación o tentativa suicida en el servicio Kids Help Line (Australia), se observaron disminuciones significativas de la ideación suicida a lo largo de la llamada y una mejora significativa del estado emocional, lo que sugiere un impacto inmediato positivo[5].En un estudio realizado en el Reino Unido que analizaba llamadas a una línea de crisis telefónica (Rethink Mental Illness *helpline*), se observó que, al finalizar la conversación, se había producido una disminución de la ideación suicida y de autolesión en las personas que llamaban[6].

Mishara et al. (2016) compararon los efectos de la ayuda telefónica para la prevención del sucidio por parte de voluntarios y de personal remunerado profesional. En primer lugar, revisaron investigaciones anteriores sobre esta cuestión[7,8,9,10,11,12]. Fruto de esta revisión, se observa que: los voluntarios tienen mayor capacidad para relacionarse con personas angustiadas y establecer relaciones de iguales, son más empáticos y son más capaces de identificar de qué manera los usuarios pueden afrontar mejor su situación problemática[7]; los usuarios tratados por los voluntarios son más propensos a conseguir la resolución de sus problemas que aquellos que consultan a profesionales. Una variable moderadora de este hecho es la experiencia del voluntario, cuanto más experimentado es el voluntario, mayor es su efectividad, más formación tiene y más útil es para los usuarios[8]; los voluntarios no profesionales tienen niveles más altos de características facilitadoras,

3. Mishara, B. L., Daigle, M., Bardon, C., Chagnon, F., Balan, B., Raymond, S., & Campbell, J. (2016). Comparison of the Effects of Telephone Suicide Prevention Help by Volunteers and Professional Paid Staff: Results from Studies in the USA and Quebec, C anada. Suicide and Life-Threatening Behavior, 46(5), 577-587.

4. Gould, M. S., Kalafat, J., HarrisMunfakh, J. L., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. Suicide and Life-Threatening Behavior, 37(3), 338-352.

5. King, R., Nurcombe, B., Bickman, L., Hides, L., & Reid, W. (2003). Telephone counselling for adolescent suicide prevention: Changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. Suicide and Life-Threatening Behavior, 33(4), 400-411.

6. Tyson, P., Law, C., Reed, S., Johnsey, E., Aruna, O., & Hall, S. (2016). Preventing suicide and self-harm: Evaluating the efficacy of a helpline from a service user and helpline worker perspective. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 37(5), 353-360.

7. Carkhuff, R. R. (1968). Differential functioning of lay and professional helpers. Journal of Counseling Psychology, 15, 117–126.

son más pacientes, amables y tranquilizadores[9] y muestran más empatía, calidez y autenticidad[10]; los voluntarios se muestran más empáticos y respetuosos y eso se relaciona con el cambio positivo que se produce durante la llamada[12].

Por otra parte, Mishara et al. (2016) diseñan otra investigación específica para indagar las diferencias entre servicios ofrecidos por profesionales y servicios ofrecidos por voluntarios. En este otro estudio, analizan cinco centros de prevención del suicidio de Quebec, utilizando un seguimiento silencioso para comparar la ayuda telefónica en 1.206 llamadas atendidas por 90 voluntarios y 39 personas remuneradas. Los resultados no indican diferencias significativas entre los voluntarios y los empleados remunerados en las variables analizadas. No obstante, se observó que los voluntarios y el personal remunerado con más de 140 horas de experiencia en llamadas tuvieron resultados significativamente mejores. A diferencia del estudio llevado a cabo por Mishara et al. (2007a, 2007b) sobre catorce centros de atención telefónica de Estados Unidos (U.S. 1-800-SUICIDE Network), los empleados remunerados de Quebec no debían tener títulos profesionales avanzados. En cualquier caso, no se observaron indicios de que la formación profesional sea ventajosa al proporcionar ayuda telefónica a personas suicidas [11,12].

A partir de los resultados obtenidos en la investigación llevada a cabo por Mishara et al. (2016) y del patrón consistente de conclusiones en investigaciones anteriores, los autores concluyen que “no existe ninguna justificación para exigir que los trabajadores de la línea de ayuda a la prevención del suicidio sean profesionales de la salud mental. De hecho, las pruebas hasta el momento indican que los profesionales pueden ser mucho menos útiles y efectivos por teléfono con personas suicidas y personas en crisis, en comparación con voluntarios laicos formados” (p. 586).

---

8. Hattie, J. A., Sharpley, C. F., & Rogers, H. J. (1984). Comparative effectiveness of professional and paraprofessional helpers. Psychological Bulletin, 95, 534–541.

9. Hirsh, S. (1981). A critique of volunteer staffed suicide prevention centers. Canadian Journal of Psychiatry, 26, 406–410.

10. Knickerbocker, D. A., & Mcgee, R. K. (1973). Clinical effectiveness of nonprofessional and professional telephone workers in a crisis intervention center. In D. Lester & G. W. Brockopp (Eds.), Crisis intervention and counseling by telephone (pp. 298–309). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

11. Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., et al. (2007a). Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: A silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE FREE network. Suicide and Life-Threatening Behavior, 37, 293–309.

12. Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., et al. (2007b). Which helper behaviors and intervention styles are related to better shortterm outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE FREE network. Suicide and Life-Threatening Behavior, 37, 310–323.

13. Esperança Esteve Ortega, trabajadora social y Directora de la Fundación Ajuda i Esperança; Ramon Tous i Quintana, médico, especialista en medicina interna, maestría en Bioética, patrón de la Fundación Fundación Ajuda i Esperança; Enric Armengou Orús, médico, especialista en psiquiatra, logoterapeuta, patrón de la Fundación Fundación Ajuda i Esperança; Sergi García Díaz, psicólogo general sanitario, coordinador del Teléfono de Prevención del Suicidio.

El Teléfono de Prevención del Suicidio

Antes de poner en marcha este servicio se creó un Comité Asesor formado por miembros de la Fundación Ajuda i Esperança[13]; profesionales independientes de reconocido prestigio en el ámbito de la prevención, intervención y posvención de la conducta suicida[14], representantes de entidades que trabajan en la prevención del suicidio y la atención al superviviente de muerto por suicidio[15] y representantes del Ayuntamiento de Barcelona[16]. Este Comité llevó a cabo un proceso deliberativo de reflexión y análisis para determinar los objetivos y características de este nuevo dispositivo, sus principales líneas de abordaje que debería recopilar el protocolo de actuación y las necesidades formativas y de supervisión de los voluntarios (a los que llamaremos orientadores). En este proceso se tuvieron en cuenta las recomendaciones que da la Organización Mundial de la Salud para establecer una línea de atención en situaciones de crisis. Asimismo, se realizó un exhaustivo estudio de las experiencias de otros servicios homólogos que funcionan con éxito en otros países de nuestro contexto, incorporando como principal referencia las recomendaciones que el National Suicide Prevention Lifeline (2010) recopila en su documento "Policy for Helping Caller at Imminent Risk of Suicide" en relación con las actuaciones que deben seguir los escuchas de una línea de atención telefónica en situaciones de riesgo inminente de suicidio.

Previamente al inicio del servicio se encargó un dictamen jurídico[17] para valorar aspectos relacionados con el cumplimiento de la legislación de protección de datos personales, el alcance del deber de confidencialidad, el rol de las personas voluntarias que hacen de orientadoras en la prevención del suicidio y la problemática específica que se plantea cuando quien llama es menor de edad.

Procedimiento de actuación del Teléfono de Prevención del Suicidio

Como consecuencia del debate y análisis llevado a cabo por el Comité Asesor, se estableció que la población a la que tenía que ir dirigido un servicio de esas características eran: personas que presenten conducta suici-

14. Victor Pérez Solà, médico, especialista en psiquiatría, doctorado en medicina; Aina Fernández Vidal, médica, especialista en psiquiatría; Thais Tiana Sastre, psicóloga, máster en psicología clínica, máster en terapia de aceptación y compromiso; Joaquim Puntí Vidal, psicólogo clínico infantil y juvenil, especialista en psicoterapia; Francisco Villar Cabeza, psicólogo y doctor en psicología; y Francesc José María, abogado, máster en derecho penal, especializado en derecho sanitario y de los servicios sociales.

15. Cecilia Borràs, Presidenta de Después del Suicidio - Asociación de Supervivientes (DSAS); Clara Rubio, Presidenta de la Asociación Catalana de Prevención del Suicidio (ACPS).

16. Pilar Solanes Salse, médica especialista en salud pública, Directora de Servicios de Envejecimiento y Curas del Ayuntamiento de Barcelona.

17. Francesc José María Sánchez i Helena Solano Sunet, FJM ABOGADOS, SLP.

da, desde ideación suicida hasta un acto de suicidio en curso o inminente; entorno de la persona que manifiesta algún tipo de conducta suicida; y supervivientes de personas que han muerto por suicidio.

En relación con las personas que manifestaban algún tipo de riesgo de suicidio se establecieron los siguientes objetivos para el TPS:

1. Evitar que una persona muera por suicidio.
2. Colaborar activamente con la persona que llama para asegurar su seguridad.
3. Colaborar con otros servicios de emergencia que puedan ayudar a garantizar la seguridad de la persona con riesgo inminente.
4. Vincular a la persona con otros recursos de apoyo.
5. Dar apoyo emocional a la persona a lo largo de la conversación telefónica.

En relación con las personas del entorno (familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudios, etc.) de la persona que manifiesta algún tipo de conducta suicida, se establecieron los siguientes objetivos para el TPS:

1. Facilitar pautas de acompañamiento emocional.
2. Vincular a la persona con otros recursos de apoyo.
3. Dar apoyo emocional a la persona a lo largo de la conversación telefónica

En relación con las personas supervivientes de la muerte por suicidio de una persona cercana (familiar, amigo, compañeros de trabajo o estudios, etc.), se establecieron los siguientes objetivos para el TPS:

1. Dar apoyo emocional a la persona a lo largo de la conversación telefónica.
2. Identificar si existe riesgo de suicidio en la persona superviviente y actuar en consecuencia.
3. Vincular a la persona con otros recursos de apoyo.

El objetivo de dar apoyo emocional a la persona a lo largo de la conversación telefónica se hace operativo mediante la metodología de la escucha activa, un conjunto de técnicas (qué hacer y qué no hacer) que utilizan también los escuchas del Teléfono de la Esperanza con el objetivo de "provocar cambios en las personas"[18]. De manera muy sintetizada, podríamos decir que mediante esta metodología se pretende transmitir a quien llama que "estoy interesado en ti como persona y creo que lo que sientes es importante. Respeto tus pensamientos e, incluso si no estoy de acuerdo, sé que son válidos para ti. Estoy seguro de que tienes alguna contribución por

hacer. No intento cambiarte ni evaluarte. Solo quiero entenderte. Creo que vale la pena escucharte y quiero que sepas que soy el tipo de persona con quien puedes hablar" (p. 11).

La evaluación del riesgo de suicidio se realiza mediante el módulo de riesgo de suicidio de la escala MINI (International Neuropsychiatric Interview)[19], en su versión española[20], que consta de seis ítems heteroaplicados mediante la información obtenida durante la conversación telefónica. El orientador ha sido formado y entrenado para preguntar sobre la ideación y planificación suicida siguiendo las recomendaciones que a tal efecto realiza el Ministerio de Sanidad en la "Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida" (2012).

Para atender específicamente llamadas en las que el usuario presente riesgo de suicidio, las actuaciones del orientador con tal de prevenir la conducta suicida se basan en tres componentes[21]:

1. Compromiso activo

Activo: actuaciones intencionadas para afectar positivamente el estado de ánimo, los pensamientos y/o comportamientos del usuario para reducir el riesgo inminente.

Compromiso: construir una alianza con el usuario, basada en la comprensión y/o el acuerdo de acciones necesarias para reducir el riesgo inminente del usuario, como por ejemplo que acepte ayuda si está en un suicidio en curso.

Compromiso activo: colaborar con la persona que llama y empoderarla para asegurar su propia seguridad o, en el caso de que la llamada se refiera a un tercero, la seguridad de la persona a quien se refiere.

2. Rescate activo

Activo: iniciativa del orientador de actuar en el nombre de personas que están llevando a cabo un suicidio o que están determinadas a suicidarse pero que, a pesar de los intentos del orientador para implicarlos activamente, no quieren o son incapaces de iniciar acciones para

18. Rogers, C.R. & Farson, R.E. (1957/2015). Active Listening. Martino Publishing

19. Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Janavs, J., Weiller. E., Bonora, LI., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F. & Dunbar, G.C.(1997). Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview: According to the SCID-P. European Psychiatry, 12, 232-241.

20. Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, M., Soto, M., Soto, O. (1998). M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.DSM-IV. Instituto IAP: Madrid.

21. Estas actuaciones se basan en las recomendaciones propuestas por el National Suicide Prevention Lifeline (2010) (NSPL) en relación con las actuaciones que deben seguir los escuchas de una línea de atención telefónica en situaciones de riesgo inminente de suicidio (Policy for Helping Callers at Imminent Risk of Suicide). La NSPL (National Suicide Prevention Lifeline) está financiada por SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services).

garantizar su propia seguridad.

Rescate: facilitar servicios que pueden salvar la vida. El orientador solo tendría que llevar a cabo esta iniciativa sin el deseo manifiesto de la persona de riesgo de cooperar si cree que, sin esta intervención, es probable que el individuo sufra una lesión que pueda poner en peligro su vida.

3. Intervención menos invasiva

Promueve el uso de intervenciones que ponen el acento en la cooperación y no en la coacción, con tal de garantizar la seguridad de las personas que llaman con riesgo inminente.

El uso de métodos en contra de la voluntad de la persona que llama solo se utilizan como último recurso.

Mediante el compromiso activo del usuario, el objetivo es incluir los deseos de la persona en cualquier estrategia para reducir el riesgo de suicidio.

Para ofrecer una mayor garantía de seguridad al usuario en caso de situación de riesgo inminente de suicidio, se creó un equipo de apoyo de emergencia 24/7. La persona de guardia de este equipo está conectada telemáticamente en todo momento con el orientador del TPS. En caso de situación de riesgo inminente de suicidio, contacta con el SEM (Sistema de Emergencias Médicas) para alertar de la situación, y el SEM valora la idoneidad de activar un rescate. Con este procedimiento se asegura que el usuario esté en todo momento acompañado telefónicamente hasta que llegan los servicios de emergencia movilizados por el SEM, garantizando de este modo la seguridad de la persona con riesgo inminente de suicidio.

Cuando se detecta que la llamada recibida en el TPS no tiene ningún contenido suicida, se deriva al Teléfono de la Esperanza (Fundación Ajuda i Esperança). Este servicio atiende también las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y ofrece acompañamiento emocional a personas ante cualquier tipo de problemática o necesidad de expresión. De este modo, se mantiene la línea desocupada para poder atender una posible llamada donde exista riesgo vital para la persona que llama.

En las llamadas con riesgo de suicidio no inminente, el orientador tiene como objetivo vincular a la persona con otros recursos comunitarios, principalmente los servicios de salud mental públicos. De este modo, el TPS se convierte en un radar para detectar aquellas personas en riesgo de suicidio

que todavía no están vinculadas a servicios de salud mental, convirtiéndose así en puerta de entrada al circuito de salud mental del Sistema de Salud.

El TPS no pretende sustituir la atención profesional que la persona puede requerir, sino facilitar precisamente el acceso a este tipo de recurso profesional. Es, por lo tanto, un servicio complementario que por sus características (atención telefónica gratuita, 24/7) puede dar respuesta inmediata para ofrecer un espacio de contención en situaciones de crisis.

Si se detecta que la persona ya dispone de apoyo profesional, sea porque ya está dentro del circuito de salud mental público, sea porque está siendo atendida en el ámbito privado, el objetivo del orientador es fomentar la adherencia terapéutica. Asimismo, se orienta al usuario a compartir con su profesional de salud mental de referencia todo lo que lo angustia, especialmente la ideación suicida.

A pesar de que, como hemos comentado, en primera instancia el orientador siempre trata de vincular al usuario a los servicios de salud mental o de fomentar la adherencia terapéutica con su profesional de salud mental de referencia, la complejidad de la conducta suicida hace necesario muchas veces disponer de otros recursos comunitarios de apoyo. En este sentido, según la problemática que plantee el usuario, se le puede dirigir también a los Servicios Sociales. Además, se ha elaborado una lista de recursos, principalmente de carácter psicosocial, para ofrecer adicionalmente al usuario. Esta lista está formada por entidades que ofrecen un servicio que puede ser de ayuda al usuario, según su circunstancia: grupos de ayuda mutua, psicoterapia individual, servicios de orientación, información y asesoramiento para determinadas problemáticas (salud mental, adicciones, enfermedades físicas, maltrato, dependencia, etc.). Los criterios de inclusión en esta lista son: 1) servicio sin coste para el usuario (se valora la idoneidad de incorporar a la lista los casos de servicios con un bajo coste); 2) preferiblemente que sea una entidad sin ánimo de lucro, y 3) preferiblemente que ya colabore de algún modo con la administración pública.

Orientadores/as del Teléfono de Prevención del Suicidio

Los orientadores/as del TPS han sido especialmente seleccionados, antes de iniciar un proceso específico de formación para habilitarlos a desarrollar sus tareas. Se diseñó un perfil competencial del orientador/a, estableciendo los siguientes criterios básicos de selección: ser mayor de 25 años; disponer de las competencias emocionales y comunicativas necesarias para el abordaje de la conducta suicida y su prevención, y estar en un momento vital de equilibrio emocional.

La primera promoción de orientadores/as del TPS se ha nutrido principalmente de escuchas del TE. Estas personas tienen amplia experiencia en el acompañamiento emocional porque la gran mayoría llevan años desarrollando este voluntariado, algo que indica también el alto grado de compromiso con la entidad y con el servicio que ofrecen. Además, muchos de ellos tienen también experiencia gestionando llamadas de personas en situación de riesgo de suicidio inminente. Previamente a la existencia del TPS, muchas personas que se hallaban en una situación de crisis en la que se planteaban poner fin a su vida llamaban, de hecho, al TE. Como ejemplo, durante el año 2019 en el TE se recibieron una media de una llamada con riesgo de suicidio cada tres días.

Para las siguientes promociones de orientadores se llevaron a cabo procesos de captación específicos y se realizaron múltiples acciones destinadas a incorporar nuevos voluntarios/as. Nos dirigimos a diferentes entidades e instituciones que potencialmente pudieran proporcionarnos candidatos con un perfil idóneo. Contamos con la colaboración de diferentes universidades, escuelas de psicoterapia, colegios profesionales, asociaciones y fundaciones sensibles, todas ellas, a la prevención del suicidio. Las personas procedentes de estas acciones de captación, además de disponer de un alto grado de motivación y las competencias emocionales y comunicativas requeridas por el servicio, tenían también experiencia y/o formación en piscología, psicoterapia y/o estudios afines.

Profesionales de la salud mental de la Fundación Ajuda i Esperança diseñaron e impartieron un proceso formativo teórico y práctico en atención en situaciones de crisis, abordaje de la conducta suicida, prevención del suicidio y acompañamiento al superviviente. Los candidatos a orientadores/as no procedentes del TE, antes de incorporarse al TPS, tenían que hacer un *training* de 60 horas en el TE. En el caso de los candidatos/as no procedentes del TE pero con experiencia en acompañamiento emocional se valoraba el número de horas necesarias de este *training*.

Se facilitó a todos los orientadores/as material didáctico de elaboración propia para apoyar su proceso de aprendizaje. También se recopiló material ya existente (artículos, libros, guías clínicas, vídeos, etc) y se les proporcionó, con tal de que dispusieran de material adicional de consulta.

Se establecieron sesiones periódicas de supervisión individuales y grupales, conducidas por profesionales de la salud mental. En estas sesiones se trabajaban aspectos relacionados con la gestión de la llamada (abordaje de la conducta suicida, protocolo de actuación, etc.) y posibles dificultades que pudieran aparecer en el orientador. Fruto de las necesidades detec-

tadas en las supervisiones se dio contenido a las sesiones de formación continua que se programan mensualmente.

El orientador dispone, en todo momento que lo requiera, de apoyo psicológico por parte de un profesional de la salud mental de la Fundación Ajuda i Esperança.

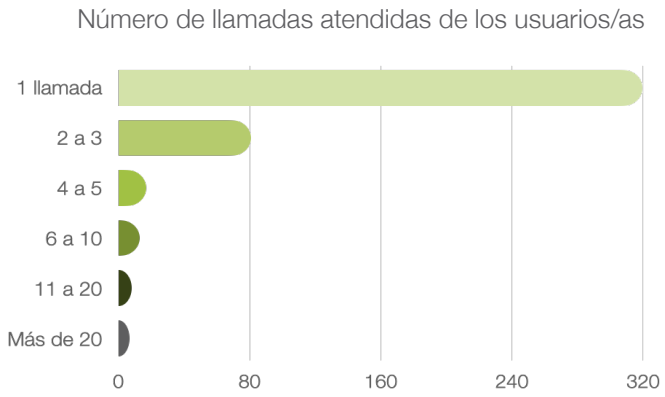
Desde el mes de agosto hasta el 31 de diciembre se ofrecieron 3.552 horas del servicio de atención telefónica, organizadas en turnos por los orientadores/as. En cada turno dos orientadores/as atendían el teléfono, uno directamente y otro de reserva por si era necesario activar el servicio de urgencias. Cada día se organizan cuatro turnos (mañana, tarde, atardecer y noche) de manera que se pueda atender el teléfono las 24 horas. Los turnos eran de un mínimo de 5 horas hasta un máximo de 10 horas. En total han participado 67 voluntarios.

Características de las llamadas

En el periodo agosto-diciembre de 2020 las llamadas atendidas por el TPS fueron 1.102, de las cuales 772 se pudieron registrar y, por tanto, se conocen algunas de las características de las personas que habían llamado. De estas, 99 fueron silenciosas, es decir, que el individuo no abrió ningún diálogo con la persona que le atendía. Esta es una característica de los servicios telefónicos de atención a personas en dificultades que intentan comunicar a alguien su situación, pero no llegan a verbalizar lo que les está ocurriendo y finalmente cuelgan el teléfono.

En la actualidad se desconoce la historia de este colectivo en relación con el servicio. Con la tecnología de comunicación que se está equipando el servicio, próximamente será posible poder identificar la trazabilidad de estas llamadas, si era la primera vez que se ponen en contacto con el servicio o no, lo cual permitirá un mayor conocimiento de la situación y poder valorar la respuesta más adecuada.Lo que sí se sabe es que estas llamadas corresponden a 451 usuarios/as, por tanto, como media cada usuario/a fue atendido 2,44 veces, aunque esta cifra mediana corresponde a una distribución muy amplia.

La gran mayoría, un 71,40%, solo se comunicó una vez, un grupo más minoritario (18,63%) se comunicó 2 o 3 veces. Y un número muy reducido (3,33%) se comunicó más de 10 veces.

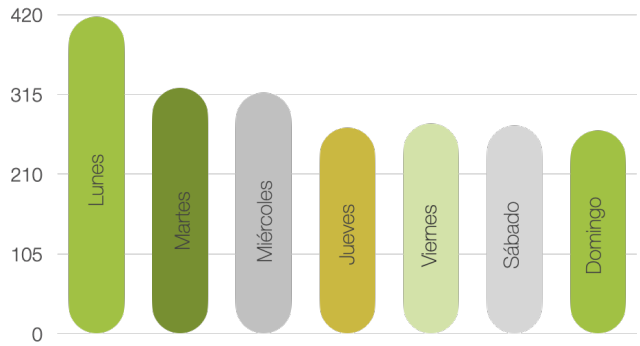


De entrada, en el primer mes de lanzamiento del teléfono se logró atender 192 llamadas, lo que demuestra que corresponde a una necesidad sentida y evidencia una elevada capacidad de los servicios de la Fundación Ajuda i Esperança para llegar a colectivos que sufren situaciones de desesperación personal. Su evolución a lo largo de los meses ha sido positiva con un crecimiento del 39% respecto al inicio. En octubre hubo una reducción pero que se recuperó en los meses siguientes.

Se observan algunos ciclos no estándares de llamadas, aunque lo más frecuente es el de los ciclos semanales. El lunes es el día de la semana que acumula más llamadas, a medida que pasa la semana las llamadas tienden a disminuir para estabilizarse a partir del jueves hasta el domingo.

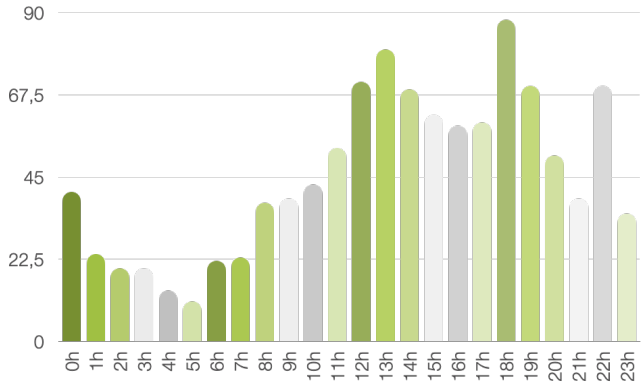
Seguramente el efecto inicio de semana se deja sentir en las personas con problemas vitales. Los primeros días de la semana hay más llamadas, en cambio a partir del jueves se nota un menor ritmo.

Llamadas por días semana



Los ciclos diarios son los más destacados. Las llamadas se incrementan a lo largo de la mañana con un pico al mediodía y después se reducen para volver a tener el pico más importante hacia el atardecer y en torno a las 22 horas. La madrugada es el momento con menos llamadas. Es conocida la relación entre conductas suicidas y el ritmo circadiano[22].

Horario de las llamadas atendidas



22. Altamura, C., VanGastel, A., Pioli, R., Mannu, P., & Maes, M. (1999). Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy. Journal of affective disorders, 53(1), 77-85.

Características de los usuarios/as

Los registros de las llamadas, con el máximo control de confidencialidad, permite profundizar en las características de las personas que llaman al teléfono. Del total de llamadas recibidas se han podido registrar información del 87% de las llamadas, lo que permite un análisis aproximado de las características de los usuarios/as y de su problemática.

Las llamadas directamente relacionadas con situaciones de suicidio provienen o bien de la persona que ha tenido, tiene o está ideando comportamientos suicidas, o bien de familiares o amigos que han sufrido un suicidio en una persona cercana, o bien que tienen conocimiento de este tipo de comportamiento de un familiar o amigo.

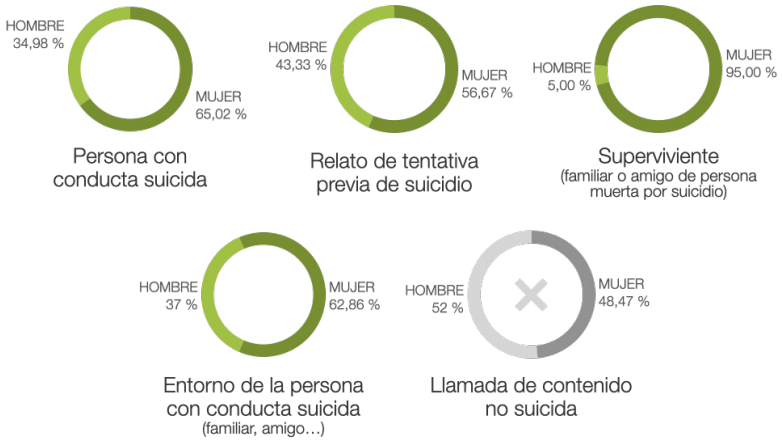
Hay que observar que se pueden diferenciar tres tipos de llamadas al TPS: las directamente relacionadas con un comportamiento suicida, ya sea de la persona directamente implicada o de un familiar o amigo; las llamadas silenciosas en las que la persona no llega a establecer una conversación y, por tanto, no se tiene ninguna información sobre la problemática o la persona. De todos modos, se puede suponer que la persona que llama y no llega a establecer una conversación seguramente proviene de una persona con conducta suicida. El tercer tipo de llamadas son las que no manifiestan claramente un comportamiento suicida, son personas que expresan otros tipos de malestar similares a los que se atienden en el teléfono de la Esperanza, o que no se atreven a expresar claramente un contenido suicida.

Del total de llamadas atendidas, el 57,38% corresponden al primer grupo de personas relacionadas con conductas suicidas, el 12,92% son silenciosas y el 29,79% no tienen un contenido suicida. Las llamadas de personas que expresan ideaciones suicidas actuales o pasadas representan un 41,06% del total y las llamadas de familiares o amigos/as suponen un 16,32%.

El conjunto de llamadas relacionadas con una ideación suicida actual representa el 50,91%, ya sea el 37,17% que provienen de la misma persona afectada, o el 13,74% que provienen de un familiar o amigo/a.

El TPS, en consecuencia, recoge el malestar de un amplio abanico de personas y problemáticas relacionadas con el suicidio.

Problemáticas relacionadas con el suicidio



La mayoría —casi dos terceras partes— de las llamadas están protagonizadas por mujeres, tanto en el caso de las personas con comportamiento suicida como en familiares o amigos/as. En cambio, en el caso de las llamadas de contenido aparente no suicida los hombres son un poco más de la mitad.

	Menor	De 18 a 29 años	De 30 a 69 años	70 o más	Total
Persona con conducta suicida	3,89	31,13	56,81	8,17	100,00
Intento pasado frustrado de suicidio	3,70	18,52	74,07	3,70	100,00
Llamada de contenido no suicida	1,26	22,64	71,70	4,40	100,00
Superviviente (familiar o amigo de persona muerta por suicidio)	0,00	16,67	83,33	0,00	100,00
Tercer familiar (familiar o amigo de persona con riesgo de suicidio)	1,35	24,32	72,97	1,35	100,00
Total	2,62	26,54	65,23	5,61	100,00

En cuanto a la edad, dos terceras partes (65,23%) son adultos entre 30 y 69 años, una cuarta parte (26,54%) adultos jóvenes de 18 a 29 años y un 5,61% tienen más de 70 años. Cabe señalar los pocos, pero significativos

2,62% de menores de edad. Si se hace referencia solo a las personas que manifiestan una conducta suicida, se incrementa el peso de los menores de 30 años, una tercera parte (35,02%). De hecho, por tramo de edades son el colectivo con mayor incidencia.

Unas dos terceras partes de las personas que manifiestan una ideación suicida actual o pasada son solteros y en general no tienen pareja, aunque únicamente algo más de una tercera parte viven solos. La soledad, como se verá más adelante, está asociada a muchos de estos comportamientos. Soledad vivida, ya que la mitad viven con algún familiar.

En cambio, entre los supervivientes, destaca un elevado porcentaje de personas separadas o divorciadas.

Al analizar la situación laboral y económica de las personas con ideaciones suicidas, destaca un elevado nivel de precariedad económica. Solamente el 35% trabajan, y no hay información sobre sus condiciones laborales. El resto, una tercera parte (34%) manifiestan no tener ningún ingreso regular, un 17% están en paro o con un ERTE y un 14% tienen una pensión, de la cual se desconoce su cuantía.

El origen territorial de los usuarios proviene básicamente de Cataluña en un 85% de los casos, principalmente de Barcelona ciudad, en una tercera parte del total. Si se le añade los provenientes del área metropolitana, suman algo más de la mitad de los usuarios/as. Otra tercera parte procede del resto de Cataluña. Una de cada 7 proviene del resto de España, principalmente de la Comunidad Valenciana, Madrid y Andalucía, pero también hay constancia de llamadas de Aragón, Islas Baleares, Islas Canarias, Asturias y Castilla la Mancha.

La intención suicida

Las llamadas relacionadas con situaciones de suicidio expresan diferentes grados de gravedad de la situación, desde las personas que han tenido o tienen pensamientos de deseo de morir hasta suicidios en curso. El orientador/a evalúa la gravedad de la situación y adapta su estrategia según el caso.

En el 70% de los casos de las personas que manifiestan comportamientos suicidas, el orientador/a las consideró consistentes. Este porcentaje asciende al 80% en el caso de las personas que verbalizan que en el pasado intentaron suicidarse, y baja al 20% en el caso de los familiares supervivientes.

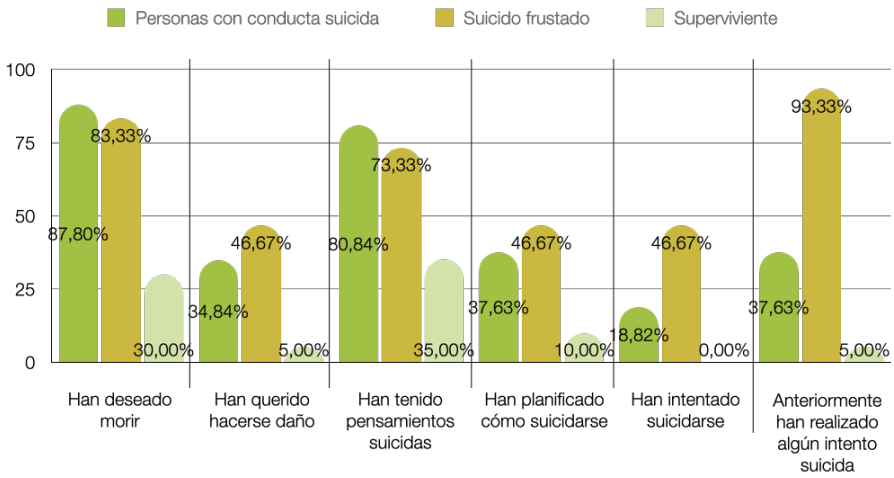
Entre estos casos, el escucha consideró que estaba ante una situación de crisis suicida, casi en una tercera parte de las personas con conducta suicida y algo más de una tercera parte de los que expresaban que habían realizado intentos suicidas en el pasado. Esta proporción disminuye hasta el 15% en los supervivientes.

Del conjunto de estos tres colectivos atendidos, en 26 casos se detectó una acción en curso suicida o inminente, y en uno de estos casos la acción suicida podía afectar a otras personas. En estos casos, se activó el contacto con los servicios del 061 en 12 casos y con los servicios del 112 en 6 casos y, además, en otros 4 casos se conectó con los dos servicios. En 4 casos no se creyó necesario conectar, ya que se logró encauzar positivamente la situación.

Para poder evaluar el riesgo de suicidio, el protocolo de registro de las llamadas utiliza una serie de ítems que el orientador/a registra a partir de la conversación que mantiene con la persona que llama. La evaluación de estos ítems permite establecer una escala de menor a mayor riesgo de producirse un suicidio, siguiendo la metodología de la escala MINI.

Los datos recogidos manifiestan que más de la mitad de las personas que directamente manifiestan ideaciones o intenciones suicidas tienen un elevado riesgo de que acabe produciéndose el intento de suicidio. Entre los que manifiestan haberlo intentado en el pasado, también casi la mitad presentan un elevado riesgo de volver a intentarlo, y entre los familiares o amigos supervivientes este porcentaje es en torno al 10%.

Riesgo de suicidio. Escala MINI



Nota: Los cinco primeros ítems de la escala MINI se refieren al último mes y el último ítem a lo largo de la vida.

El sufrimiento personal

En la totalidad de los casos atendidos el orientador/a ha podido captar diferentes grados de sufrimiento personal. Las historias personales recopiladas, son en algunos casos escalofriantes, y en muchos casos delatan un elevado grado de sufrimiento personal que afecta con más o menos profundidad las ganas de vivir de las personas afectadas. En el retrato de las características de las personas que han utilizado el teléfono ya se ha detectado que la precariedad económica y la soledad o los problemas de comunicación social están muy presentes en una gran parte de los casos atendidos.

Los registros documentales también permiten una aproximación a la situación anímica y emocional de la persona que llama, y en la gran mayoría de los casos (91%) demuestran estados emocionales compatibles con algún tipo de trastorno o desequilibrio mental. Más de la mitad de los casos presentan síntomas de depresión. Destacan también las relacionadas con situaciones de ansiedad y otros desequilibrios como pueden ser las esquizofrenias, comportamiento bipolar, trastornos límites de la personalidad, comportamientos obsesivos-compulsivos o comportamientos influidos por adicciones a sustancias tóxicas.

Ya sea porque la enfermedad mental está en el origen de la problemática suicida, o bien porque la evolución del sufrimiento vital ha conducido a las personas a un desequilibrio mental, el sufrimiento vital y la problemática mental parecen asociadas en casi la totalidad de las personas que han utilizado el teléfono. El suicidio es un fenómeno complejo multicausal que además del sufrimiento psicológico de la persona que lo lleva a cabo, engloba otros factores influyentes de tipo social, económico, relacional, o emocional, bien presentes en las historias vitales recogidas por el TPS.

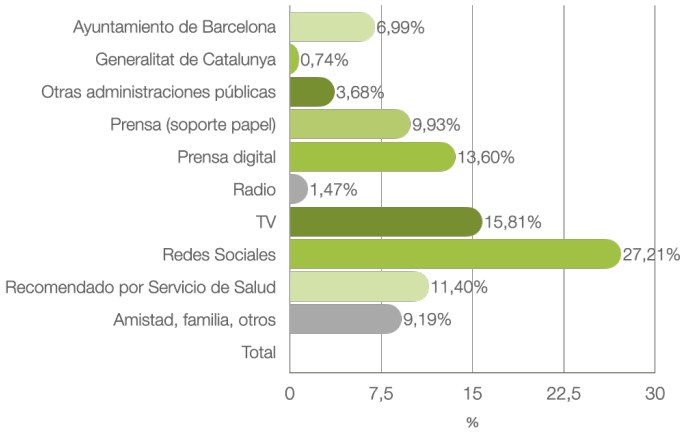
Vías de conocimiento

La creación del TPS se dio a conocer mediante acciones de comunicación en los medios y redes sociales por parte del Ayuntamiento de Barcelona y de la Fundación Ajuda i Esperança.

Las personas que han llamado manifestaron que conocieron el TPS principalmente a través de los medios de comunicación, sobre todo TV y prensa digital. Las redes sociales son el segundo medio de conocimiento del

teléfono. La otra vía es a través de los servicios de las administraciones públicas, especialmente del propio Ayuntamiento de Barcelona y de los servicios de Salud. Finalmente, amigos o amigas o familias han facilitado el contacto con el TPS.

Vías de conocimiento



Voces Expertas

Nekane Navarro

Miembro del patronato de la Fundación Ajuda i Esperança y socia-fundadora de Beethik, responsabilidad radical.

Conocer el valor que aportamos para seguir mejorando la vida de las personas

Nadie sabe cómo serán los sistemas y servicios de apoyo a las personas en situación de vulnerabilidad en el futuro. De hecho, estamos viviendo un momento histórico en el que el futuro es mañana, y mañana, posiblemente, todo será diferente.

La incertidumbre ha entrado a formar parte de nuestras vidas y este hecho tiene un impacto determinante —y seguramente demoledor— en la vida de las personas más vulnerables. Y más allá de la crisis social y económica que ha provocado la Covid-19, nos encontramos en una situación de crisis emocional que tendrá grandes repercusiones en un futuro muy próximo.

Así lo ha puesto de manifiesto la Organización Mundial de la Salud, que alerta sobre cómo los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la Covid-19 en la mayoría de los países[1].

La OMS destaca, así, que la pandemia está provocando un incremento de la demanda de servicios de salud mental: "El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo están generando o agravando trastornos de salud mental. Muchas personas han aumentado su consumo de alcohol o drogas y sufren crecientes problemas de insomnio y angustia".

En el año 2018, desde el Observatorio Social de "la Caixa" se llevó a cabo un estudio que muestra que la mitad de población encuestada[2], el 43,6%, está en riesgo de aislamiento social o se sienten solas,

1. Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. (2020, 5 octubre). Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey

2. Encuesta realizada en 8 municipios de España (5 de los cuales en Cataluña), con una muestra de 1.688 personas.

Porque la sociedad somos las personas, todas y cada una de nosotros, y todas tenemos la responsabilidad de construir, juntas, una sociedad más humana.

y un 11,8% de la población encuestada manifiesta encontrarse en ambas situaciones a la vez.

El informe del Observatorio Social de "la Caixa"[3] resume las siguientes conclusiones principales:

> La cara más visible de la soledad es sentir que no se dispone de personas a las que poder recurrir o en las que se pueda confiar en caso de necesidad.
> El aislamiento de la red de amistad es mayor que en el caso de la red familiar. En otras palabras, la familia está más presente que las amistades y protege más del riesgo de aislamiento social a lo largo de la vida.
> Tanto los sentimientos de soledad como el riesgo de aislamiento social aumentan con la edad y son más frecuentes en hombres y en personas con un nivel más bajo de estudios.

Todos los estudios muestran una mayor prevalencia de estas situaciones en las personas mayores que viven solas, un segmento de población que crecerá en los próximos años. Según proyecciones del INE (2018-2068), en el año 2068 puede llegar a haber más de 14 millones de personas mayores en España, suponiendo esta cifra el 29,4% de un total de una población que llegaría a los casi 49 millones de personas. La estructura de edades cambiará aún más en el futuro. Si las previsiones se cumplen y se mantienen los supuestos de fecundidad y mortalidad, la pirámide poblacional dejará de ser una pirámide para cambiar de forma y convertirse en un "pilar de población".

Si nos centramos en el segmento de personas que viven solas, según la "Encuesta Continua de Hogares (ECH 2019)", en Cataluña hay un total de 786.000 personas que viven solas, de las cuales 334.000 (el 42,2% del total) tienen 65 años o más. Los expertos apuntan que la vida en solitario continuará creciendo, lo cual resulta lógico, si tenemos en cuenta que la esperanza de vida de los hombres ha aumentado, que se producen más rupturas de pareja antes de la jubilación, y que cada vez hay más personas que llegan a la última etapa de la vida en soltería o sin pareja estable. Es probable que,

3. Yanguas, J., Cilvetti, A., Segura, C., Gent Gran de "la Caixa", (2019, diciembre). A qui afecta la soledat i l'aïllament social? Observatori Social "la Caixa". https://observatoriosociallacaixa.org/ca/-/a-qui-afecta-la-soledat-i-l-a%C3%AFllament-social-

como consecuencia de estos hechos, el riesgo de sufrir soledad entre la población mayor de 65 años aumente en la misma medida.

Y la pandemia ha venido a agravar estas situaciones, provocando un impacto mayor también en las personas menores de 65 años y agravando un fenómeno ya de por sí complejo, diverso y plural, un fenómeno que hace que haya tantas soledades como personas que la sienten. Se producen situaciones de soledad social (respuesta subjetiva ante la falta o la insuficiencia de relaciones, o de sentimiento de comunidad) y de soledad emocional (respuesta subjetiva a la ausencia de relaciones personales íntimas o de apego), definidas por Robert Weiss al su libro "Loneliness: the experience of emotional and social loneliness"[4], que van ganando espacio en nuestras relaciones cotidianas.

Y es que, con la aparición de la Covid-19 todos nos hemos sentido, de golpe, vulnerables, y esto está marcando la forma en la que nos relacionamos y llevamos adelante —o lo intentamos— nuestra vida.

En contraposición, en la cara positiva de la moneda, la pandemia ha provocado la articulación de redes de apoyo, buena vecindad y voluntariado para dar respuesta a las necesidades de las personas más vulnerables. La solidaridad, por tanto y por suerte, emerge ante la necesidad y nos demuestra que solo las personas salvamos a las personas. Sin embargo, hay que articular políticas y sistemas de apoyo que acompañen y apoyen a esta iniciativa ciudadana.

Esta deberá ser, por tanto, una prioridad de los sistemas de protección social y está empezando a hacerse hueco en la agenda pública. Así lo evidencia, por ejemplo, el Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Generalitat de Cataluña[5] que define, dentro del eje dirigido "al impulso de acciones y proyectos de lucha contra el aislamiento y la soledad no querida de la gente mayor, poniendo en relación el tejido asociativo, las redes comunitarias y vecinales y los recursos del sistema", las siguientes metas:

> Detectar activamente personas en situación de vulnerabilidad social, de falta de autonomía y/o de soledad no querida y acompañarlas hacia procesos de socialización, acceso a los servicios sociales, interacción o apoyo social desde la misma comunidad

> Llevar a cabo programas de lucha contra el aislamiento y la soledad

4. Sala Mozos, E. & Observatori de la Soledat - Amics de la Gent Gran. (2016, septiembre). La soledat no desitjada durant la vellesa, un fenomen social (N.o 60). Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. https://drive.google.com/file/d/1A-Qlon4MAdAGKlEyD1Hru9BvR14gZ_8-S/view

5. Generalitat de Catalunya Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020). PLA ESTRATÈGIC DE SERVEIS SOCIALS 2021–2024. Generalitat de Catalunya. https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/15serveissocials/pla_estrategic_serveis_socials/Pla_estrategic_serveis_socials_catalunya_NOU/01_Plana_principal/1.-2020-12-29-Pla-estrategic-de-serveis-socials-2021-2024.pdf

no querida de las personas mayores en el 100% de las Áreas Básicas de Servicios Sociales (ABSS)

Pero si no nos implicamos, como sociedad, en la resolución de estas cuestiones nos encontraremos en una situación de pobreza emocional difícilmente superable. Porque la sociedad somos las personas, todas y cada una de nosotros, y todas tenemos la responsabilidad de construir, juntas, una sociedad más humana.

Debemos construir una sociedad basada en valores compartidos. Valores como los que definen la labor de la Fundación Ajuda i Esperança: voluntariado, respeto, solidaridad, esperanza, empatía y compromiso. Unos valores que nos hablan de la esencia de las relaciones humanas y que nos llevan a la dimensión ética de estas relaciones en las que la alteridad, el cuidado del otro como base, es la esencia.

Por eso hemos de avanzar hacia un sistema que cuide de las personas, desde la concepción del otro como un fin en sí mismo, para que la sociedad humana no es más que la interacción permanente entre los individuos que la conforman.

"Solo en la actitud de ver 'al otro' podrá uno verse plenamente a sí mismo"
Emmanuel Levinas

Cal que mirem l'altre, que el coneguem i reconeguem, que l'estimem o alEs preciso que miremos al otro, que lo conozcamos y reconozcamos, que lo queramos o al menos lo aceptemos como es, y que generemos espacios de respeto y crecimiento, desde la inclusión de la diversidad en su sentido más profundo.

Hay que avanzar hacia unos entornos de vida cuidadores, que nos permitan vivir en plenitud y que, de acuerdo con los planteamientos más actuales[6], deben ser unos entornos:

> Donde las personas puedan ser protagonistas de su vida, desde el desarrollo máximo de sus competencias y disfrutando de la experiencia vital y del apoyo mutuo entre personas.
> Donde los entornos vitales de proximidad acompañen a las personas y les ofrezcan los apoyos necesarios para desarrollar su proyecto de vida.
> En unos entornos comunitarios acogedores e inclusivos, libres de

6. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud, 2015 (https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/), Transforming the future of ageing. SAPEA (Science Advice for Policy by European Academies), 2019 (https://www.sapea.info/topics/ageing/) entre d'altres.

barreras y promotores de las capacidades y oportunidades de cada uno.

> Amparados por unos sistemas de bienestar promotores de modelos de atención centrada en la persona, que articulen los apoyos a las necesidades y realidades específicas de cada ciudadano.

¿Cómo saber, sin embargo, cuáles son las necesidades y los anhelos de estas personas? ¿Cómo impulsar mejoras en unos entornos tan inciertos y cambiantes como los actuales? ¿Con qué base pueden definir los poderes públicos las políticas necesarias? Posiblemente nadie tiene las respuestas, pero la única manera de encontrarlas es desde el análisis de estas realidades y desde la reflexión compartida. Y es aquí donde iniciativas como el Observatorio de la Esperanza pueden ser clave:

> Porque es imprescindible conocer (identificar y medir) el valor que aportamos a las personas a las que acompañamos.

> Porque este conocimiento nos permite gestionar esta aportación de valor, siendo más eficaces en la consecución de nuestros resultados.

> Porque nos da información para contarlo a la sociedad, avanzando en la generación de confianza en todas las partes implicadas en la resolución de las situaciones de soledad y aislamiento y, en consecuencia, en su compromiso para construir los entornos que queremos.

No basta con saber qué hacemos, tenemos que poder conocer lo que estamos consiguiendo si realmente queremos provocar cambios reales en la vida de las personas. Medir el impacto nos habla de conocer los cambios que estamos provocando, la huella que dejan nuestras acciones una vez llevadas a cabo. Es un paso más en el proceso de conocer lo que hacemos (actividad), cuántas cosas hacemos (resultados) y lo que conseguimos, el efecto real que provocamos (impacto).

Sabemos, tenemos muy claro y así nos lo confirman las mismas personas atendidas, que los servicios de la Fundación Ajuda i Esperança las acompañan en los momentos más difíciles y las ayudan a superarlos. Pero ahora tenemos certezas que vienen a afianzar las intuiciones. Y estas certezas nos darán la información necesaria para maximizar el valor que aportamos, y para contribuir a la mejora de la vida de las personas que necesitan un apoyo en un momento complicado. Posiblemente somos todas.

Pilar Solanes

Dirección y ejecución de políticas de la Gerencia en materia de envejecimiento y cuidado del Ayuntamiento de Barcelona.

La prevención del suicidio en la ciudad de Barcelona

La prevención del suicidio en nuestra ciudad es uno de los elementos fundamentales del Plan de Choque en Salud Mental que ha propuesto e impulsado el Ayuntamiento de Barcelona a raíz de la pandemia de la Covid-19. Pero es también un compromiso que la Administración tiene con la ciudadanía por responsabilidad pública con una problemática, tradicionalmente escondida, que supone casi un centenar de muertes cada año solo en Barcelona. Un hecho que genera mucho sufrimiento en torno a la persona afectada y que entre todos y todas debemos tratar de evitar.

La situación actual de la pandemia y la incertidumbre sobre sus consecuencias económicas y sociales son una fuente de angustia, inquietud y estrés sin precedentes para las generaciones actuales. Y todo apunta a que los efectos en la salud mental de la población serán mucho más graves que las de crisis que habíamos vivido hasta ahora por el impacto añadido del miedo, la incertidumbre y el efecto de las medidas de distanciamiento. Probablemente, todo esto se traducirá en un incremento de las tentativas suicidas y de las conductas autolíticas.

> “Todos y todas debemos implicarnos para hacer frente a esta otra pandemia que silenciosamente golpea nuestra sociedad desde hace décadas.

Como siempre, las personas y los colectivos más vulnerables son los que se encuentran más desprotegidos ante lo que se empieza a denominar como cuarta ola o ola “invisible” de los efectos de la Covid-19. Son las secuelas psicológicas y emocionales de la pandemia: el miedo a la enfermedad y la preocupación por la salud y el bienestar de las personas cercanas; la pérdida de seres queridos y las condiciones con las que se ha tenido que afrontar esta pérdida; la pérdida de puestos de trabajo e ingresos; el sentimiento de pérdida de oportunidades (formativas, de ocio, de libertades, de apoyos, de lo

que hasta hace poco era nuestra vida cotidiana); la angustia por un futuro incierto; el impacto de las medidas de confinamiento (aislamiento, soledad, etc.)... Y podríamos seguir con un largo etcétera de cómo nos ha cambiado la vida a todos y todas desde hace poco más de un año a esta parte.

El Ayuntamiento de Barcelona ha puesto en marcha diferentes acciones para tratar de dar respuesta a esta nueva realidad que vivimos y ofrecer el apoyo emocional que la ciudadanía necesita en estos momentos tan complejos. La respuesta a la conducta suicida debe fundamentarse en salud mental, pero va más allá. La crisis de la Covid-19 nos exige un esfuerzo para poner en marcha y comunicar vías específicas de atención y apoyo.

Uno de los dispositivos, entre otros, que el Ayuntamiento de Barcelona ha puesto en marcha para hacer frente a la actual circunstancia derivada de la pandemia es el Teléfono de Prevención del Suicidio. Por su desarrollo e implementación estableció un convenio con la Fundación Ajuda i Esperança, entidad con mucha experiencia en el acompañamiento telefónico, ya que ofrece el servicio del Teléfono de la Esperanza, que existe desde hace más de cincuenta años y que, por lo tanto, está muy arraigado en nuestra ciudad.

El Teléfono de Prevención del Suicidio es un servicio de atención telefónica y acompañamiento emocional en situaciones de crisis operativo las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Con la puesta en marcha de este dispositivo, el Ayuntamiento de Barcelona no solo impulsa la creación de un nuevo servicio de ayuda específico para la prevención del suicidio, sino que da visibilidad a un hecho que durante muchos años ha sido tabú. Romper el silencio es el primer paso necesario para hacer frente a una situación dramática y aterradora que se lleva la vida de tantas personas, muchas de ellas jóvenes, y que deja tras de sí desolación y sufrimiento.

Barcelona se equipara así a otras ciudades y países de nuestro contexto, que desde hace años cuentan con líneas telefónicas de atención específica para la prevención del suicidio. Este dispositivo funciona también como puerta de entrada para otros servicios comunitarios que la ciudad ofrece, muchos de ellos impulsados y organizados también por el Ayuntamiento de Barcelona. Es el caso del Barcelona Cuida, donde se ha creado un espacio de acogida y atención a familias y al entorno de personas en riesgo de suicidio y familiares de personas que han muerto por esta causa. Este espacio está dinamizado por la Asociación Catalana para la Prevención del Suicidio (ACPS) y por Después del Suicidio - Asociación de Supervivientes (DSAS).

Se trata, por tanto, de crear una red entre los diferentes dispositivos de las administraciones públicas y las entidades sociales para trabajar conjunta-

mente para la prevención del suicidio. Todos y todas debemos implicarnos para hacer frente a esta otra pandemia que silenciosamente golpea nuestra sociedad desde hace décadas.

En este sentido, se ha constituido la Red Barcelona para la Prevención del Suicidio como marco de trabajo para conectar todas las organizaciones de la ciudad con capacidad de acción e incidencia en la materia e impulsar una agenda de proyectos que se consideran prioritarios.

La Red está promovida por la Mesa de Salud Mental de Barcelona, el Ayuntamiento de Barcelona y el Plan Director de Salud Mental de Cataluña (2016-2023), y forman parte la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), el servicio de Prevención, Extinción de Incendios y Salvamento del Ayuntamiento de Barcelona, la Guardia Urbana, el Consorcio de Educación de Barcelona, el 061 CatSalut Respon, el Centro de Urgencias y Emergencias Sociales de Barcelona (CUESB), el Consorcio Sanitario de Barcelona (CSB), la Fundación Ajuda i Esperança y otras entidades diversas. Esta es una apuesta clara del Ayuntamiento de Barcelona para implicar a todas las administraciones y agentes sociales en la prevención del suicidio y para impulsar una lucha que es tarea de todos y todas.

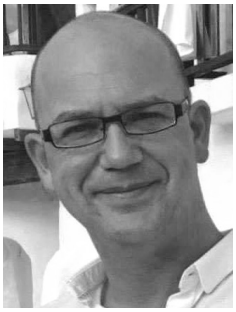
A este respecto, el Ayuntamiento de Barcelona ha establecido varias líneas de acción para la prevención del suicidio en el Plan de Salud Mental de la ciudad para los próximos años. Además de consolidar el servicio del Teléfono de Prevención del Suicidio, hemos previsto, entre otras acciones, articular un programa de prevención al suicidio dirigido a jóvenes, que dé respuesta a la emergencia actual. La población joven es especialmente vulnerable a los efectos que la pandemia está teniendo sobre la vida de las personas, en el ámbito social, laboral, económico, psicológico, etc. Esta línea de actuación prevé, entre otras, la puesta en marcha de canales y dispositivos específicos para acceso a los recursos de apoyo y escucha (mensajes de texto, etc.); la formación de los referentes comunitarios del ámbito educativo, del ocio, el deporte, etc.); la formación para jóvenes (apoyo entre iguales), y campañas de sensibilización en redes sociales.

Todas estas acciones, y otras que están recogidas en el Plan de Salud Mental de Barcelona, se enmarcan dentro de una estrategia de ciudad que tiene como uno de sus objetivos revertir esta situación dramática que se va repitiendo, año tras año, de pérdidas de vidas humanas debido al suicidio. Es responsabilidad de todos y todas trabajar para mantener estas vidas, valiosas en sí mismas, dando soluciones y respuesta a las diversas problemáticas que hacen que estas personas sientan que se encuentran en un callejón sin salida. Pero es la administración pública quien debe ponerse al frente de esta lucha, implicando a todos los actores, públicos y privados,

que puedan tener un papel determinante para ayudar a salvar vidas; creando servicios de apoyo psicosociales; ofreciendo recursos a la ciudadanía y a las entidades que les dan servicio; coordinando los dispositivos de prevención para ser más eficientes; liderando, en definitiva, las acciones que sean necesarias para defender la vida y el bienestar de las personas.

Queremos una ciudad implicada y comprometida a favor de la vida y los derechos de las personas a recibir la atención que necesitan y el apoyo que se merecen cuando atraviesan momentos de dificultad. El Ayuntamiento de Barcelona quiere avanzar hacia un futuro de cero suicidios. Quizás es una quimera o una utopía, pero como decía Eduardo Galeano: “La utopía está en el horizonte. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos más. Camino diez pasos y el horizonte se mueve diez pasos más. Por mucho que camine no llegaré nunca. ¿Para qué sirve la utopía? Para ello, sirve: para caminar”.

Caminemos todos y todas juntas para la prevención del suicidio.



Pedro Martín-Barrajón Morán

Jefe de sala del Servicio de Primera Atención Psicológica (SPAP). Responsable Red Nacional de Psicólogos para la Prevención del Suicidio de Psicólogos Princesa 81, S.L.P.

Elisa Alfaro Ferreres

Psicología Jurídica. Área de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.

Atención Telefónica en Crisis Suicidas

La aparición del COVID19 y mas concretamente las primeras medidas de confinamiento absoluto en la población española y mundial, provocaron un incremento exponencial en el uso de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TICs). Todos lo niveles de educación y docencia, el trabajo de los juzgados, las consultas médicas, los centros de investigación, las empresas, etc, se adaptaron en pocas semanas al modelo de teletrabajo. La Telepsicología creció a una velocidad vertiginosa. Pero lo más cierto es que ya teníamos unas fuertes bases. Creemos necesario destacar que, aunque las herramientas necesarias para realizar una intervención telefónica en situación de crisis están basadas en la Psicología, no se trata de hacer terapia psicológica, y otros profesionales adecuadamente formados, pueden desempeñar perfectamente la labor de acompañamiento telefónico, y ser el primer eslabón de la cadena asistencial. De la misma manera que cualquier persona debidamente formada o guiada, puede hacer RCP sin ser un profesional sanitario, siendo instruida telefónicamente por un profesional cualificado.

Hace más de dos décadas que la “telepsicología” ha sido definida como “el uso de la tecnología de las telecomunicaciones para poner en contacto a los pacientes con los profesionales de la salud, con el propósito de posibilitar un diagnóstico efectivo, educación, tratamiento, consultas, transmisión y almacenamiento de datos médicos del paciente, investigación y otras actividades relacionadas con la provisión de los cuidados de salud”[1]. Un año antes, en 1997 el Standing Comitee Of Family And Community Affairs había establecido previamente el término de Telesalud, entendido como la provisión de

1. Brown, F. W. (1998). Rural telepsychiatry. Psychiatric Services. Vol. 49, pág. 963-964.

Frecuentemente las personas que sufren ideas suicidas tienden a no compartirlas con amigos o familiares, por lo que las conversaciones con los servicios de atención telefónica son muy importantes para saber detectar el riesgo.

salud a distancia para todos aquellos casos en los que media distancia física entre el profesional de la salud, y el usuario. Las herramientas de uso de la telepsicología eran todas aquellas que aportan las TICs también muy extendidas desde hace años[2] y siendo las más frecuentes "los ordenadores personales, la televisión, las agendas PDA, el teléfono, el teléfono móvil y sus mensajes de texto, Internet, la realidad virtual y la realidad aumentada"[3].

Consideraciones previas en la atención telefónica

Sabemos, y defendemos firmemente que los voluntarios y profesionales de la atención telefónica en situaciones críticas, deben estar formados adecuadamente, y "deben contar con un protocolo de actuación que especifique qué se debe y no se debe hacer y decir"[4].

Una característica fundamental en la atención telefónica es la necesidad de "presencia" del profesional, dejar todo lo demás, y poner los cinco sentidos en cada llamada.

Esta presencia, incluye la receptividad del profesional ante las diferentes emociones del llamante, para ser impactado por sus emociones (incluso conmovido), y aún así, permanecer con la capacidad de reaccionar.

Pero el mismo traje no nos sirve a todos, ni todos los llamantes presentan las mismas necesidades, ni motivos de consulta, por lo que consideramos de especial interés aportar algunas pautas muy generales para la correcta atención telefónica en situaciones críticas, según tres de las cuatro emociones básicas: tristeza, enfado, o miedo, así como unas consideraciones sobre los errores comunes especialmente importantes para atender este tipo de llamadas.

2. Bornas, X.; Rodrigo, T.; Barceló, F. y Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2(2), 533-541.

3. Botella, C., Rivera, R. M. B., Palacios, A. G., Quero, S., Guillén, V., & Marco, H. J. (2007). La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en psicología clínica. UOC Papers: revista sobre la societat del coneixement. http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/botella.pdf

4. Guerra, J., Lerma, A., Haramburu, M., & Escalante, M. (2010, February). Psicología de emergencias:¿ Qué se puede hacer ante una amenaza de suicidio?: Protocolo psicológico de actuación. In Comunicación presentada en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría de Palmanova de Calvià. Mallorca.

Así ante estas tres emociones básicas en el contexto de la atención telefónica, debemos identificarlas en primer lugar, y adaptar nuestra intervención ante:

La tristeza

A través del teléfono podemos identificarla en: Suspiros, carraspeos, temblor de voz, pausas para tragar saliva, tono de voz bajo.

Recomendaciones ante una posible crisis depresiva

- Presentarnos con nuestro nombre y categoría profesional.
- Reforzar que hayan llamado, puede ser la única, y también la última petición de ayuda.
- Estar "presente" durante la llamada, poner los 5 sentidos, y dejar todo lo demás, si la persona advierte que no tiene toda tu atención, puede finalizar bruscamente la llamada.
- Averiguar el motivo de consulta en ese momento y por qué se ha decidido a llamar: ¿qué te está sucediendo?..., ¿cuál es el motivo exacto de tu llamada?..., ¿cómo podría ayudarte?..., ¿ha sucedido hoy algo especial?..., ¿cuál ha sido la gota que ha colmado el vaso?...,etc.
- Evaluar la posible ideación suicida: ¿qué quieres decir con: de ésta no salgo/ voy a tirar la toalla/ no puedo más?..., ¿alguna vez has pensado hacerte daño?..., para asegurarme que hablamos de lo mismo: ¿has pensado en suicidarte?...,etc.
- Respetar los silencios y demostrar interés por comprender la situación: debe ser difícil poner en palabras todo eso que sientes ahora mismo…, tómate tu tiempo y cuéntame cuando estés listo…
- Sondear su red social de apoyo cuidadosamente, y buscar apoyo de terceros. No se trata de enumerar la órbita familiar indiscriminadamente, se podría mencionar a la fuente de origen de la crisis, por ejemplo: maltrato o violencia doméstica: ¿le has comentado esto a alguien?..., ¿a quién sientes ahora mismo más cerca de ti?..., ¿en quién crees que podrías confiar?...,etc.
- Conocer si recibe atención de algún especialista: ¿recibes algún tipo de tratamiento?..., en el caso de tratamiento reciente ¿te han informado que en ocasiones, la medicación tarda al menos dos semanas en hacer efecto?...,etc.

La actitud del profesional ante la tristeza ha de ser la de compasión, y mostrarse impactado por el sufrimiento del demandante: no me puedo ni imaginar cómo debe ser perderlo todo de una manera tan terrible…, perder a tu pareja en este momento de tu vida debe ser muy difícil…, ¡qué duro sentir que no tienes a nadie que te acompañe en estos momentos…, tiene sentido que quieras desaparecer cuando tienes la sensación de que no le importas a nadie…, etc.

La ira/ enfado

A través del teléfono podemos identificarla en: tono de voz alto, agitación, interrupciones, desafío o amenazas, lenguaje soez, faltas de respeto…

Este tipo de Perfil agresivo/a: la persona se muestra hostil durante la llamada, para ello en un primer momento facilitaremos el desahogo, sin interrumpir, y reconduciremos la conversación con nuestro tono pausado. En caso de que hubiera faltas de respeto, hacer hincapié en la necesidad de mantener una actitud conciliadora para seguir con la llamada.

Requiere una actitud del profesional de atención, "tomarse en serio" sus motivos, seriedad y responsabilidad, con algún compromiso de "autocorrección": "no hay derecho a que te haya pasado…, no me extraña que estés tan enfadado después de…, ¡qué difícil sentir que no entienden lo mal que lo estás pasando…!, voy a hacer todo lo que esté en mi mano porque recibas la atención que te mereces, y la ayuda que necesitas...,etc.

El miedo

A través del teléfono podemos identificarlo en: voz temblorosa, interrupciones continuas, habla acelerada, dificultades para escuchar, saltos temporales en el discurso, taquipnea e hiperventilación. Precisa de una respuesta afectuosa y acciones que transmitan seguridad afectiva y protección: soy Juan, soy voluntario del servicio y quiero ayudarte, me voy a quedar contigo todo el tiempo que haga falta, ahora mismo eres la persona más importante para mí, ya no estás solo...

Recomendaciones ante una posible crisis de ansiedad (suelen remitir en menos de 45 minutos)

- Presentarnos, con nuestro nombre y categoría.
- Transmitir calma, tranquilidad, sensación de protección, y nuestra actitud de ayuda y servicio. ¿Cómo puedo ayudarte?

- Averiguar qué ha desencadenado su estado y facilitar el desahogo o ventilación emocional: ¿qué ha ocurrido?, ¿qué sensaciones físicas estás sintiendo?
- Preguntar la localización por si es precisa la asistencia sanitaria o de otro tipo.
- Evitar comentarios educativos e indicaciones imposibles de cumplir para la persona, que pueden incrementar aún más la ansiedad al no conseguirlo: cálmese, tranquilo..., etc.
- Resignificar síntomas y normalización de los mismos: no me extraña que estés tan activado después de lo que te ha pasado…, estas son las respuestas normales, ante algunas situaciones anormales..., a veces, cuando estamos muy nerviosos tenemos la sensación de que nos ahogamos o que nos falta el aire, y podemos hiperventilar, marearnos, sudar..., en realidad, sucede todo lo contrario, tienes la sensación de que no te entra más aire, porque tienes más del que necesitas…, etc.
- Disminuir la sobreactivación fisiológica: a través del Moldeado y Modelado para modificar el ritmo de voz del llamante, empleando nosotros mismos un ritmo lento y pausado, (es más fácil imitarnos que mantener la atención, comprender las instrucciones, y reproducir la técnica). Evitar instrucciones complejas o largas, que incluyen varias indicaciones a la vez
- Ofrecernos a facilitar la reagrupación o contacto con familiares y/o allegados que puedan resultar de ayuda en ese momento.

Atención Telefónica en Crisis Suicidas

Sin duda, una situación altamente exigente y estresante, en la que el riesgo de equivocarse puede tener consecuencias fatales, por lo que, queremos facilitar un algoritmo de atención telefónica en crisis suicidas, que está demostrando bastante eficacia. Se trata de una herramienta sencilla, breve y eficaz para la evaluación del riesgo, la toma decisiones sobre el posible traslado, sembrar la ambivalencia en caso de riesgo (creemos oportuno señalar que este apartado del algoritmo debe emplearse en casos de riesgo moderado-alto, pero también en casos de riesgo bajo), facilitar el acceso a los recursos sanitarios para el traslado, y proporcionar recursos de ayuda. Se proponen a continuación una serie de recomendaciones útiles y aspectos a tener en cuenta.

Frecuentemente las personas que sufren ideas suicidas tienden a no compartirlas con amigos o familiares, por lo que las conversaciones con los servicios de atención telefónica son muy importantes para saber detectar el riesgo. A los pacientes les cuesta admitir ante los demás, que están pensando en el suicidio por vergüenza y culpa (estigma). Además, los pacientes que admitían tener pensamientos de suicidio, a menudo lo hacían de manera vacilante, lo que minimizaba la seriedad de esos pensamientos[5], con el peligro que conlleva pudiendo confundir al sanitario y concluir que no existe riesgo real.

Dos necesidades básicas y muy generalizadas en personas que atraviesan por una crisis suicida, y también en situación de duelo por una pérdida significativa, son: ser escuchado, y la necesidad de hacer impacto en quienes los escuchan, atraer su interés y su atención.

Dos necesidades básicas y muy generalizadas en personas que atraviesan por una crisis suicida, y también en situación de duelo por una pérdida significativa, son ser escuchado y la necesidad de hacer impacto en quienes los escuchan, atraer su interés y su atención.

Hagamos una breve reflexión: ¿qué respondería un familiar o allegado, no formado en prevención del suicidio, ante las ideas suicidas de su hijo/a, esposa/o, etc.?, ¿no estarás pensando hacer ninguna tontería? ..., el tiempo lo cura todo…, tienes toda la vida por delante…, etc.

Quizá de forma bienintencionada, pero huyendo del dolor ajeno, en lugar de acogerlo, y relacionado con diferentes motivos como falta de habilidad, la sobreprotección, o el sufrimiento y cuestionamiento propio que supone escuchar que un ser querido quiere quitarse la vida. Los comentarios anteriores estarían aumentando aun más sin quererlo, la sensación de soledad, incomprensión, aislamiento, y de inadecuación por contemplar el suicidio como una salida a su sufrimiento, y una señal inequívoca de que los pensamientos suicidas significan que “está mal de la cabeza”.

Este tipo de desautorizaciones previas a su malestar, pueden haber cercenado su confianza en los demás, y también en la utilidad de compartir su sufrimiento con otros, e incluso con los profesionales, y con razón: nadie me entiende, no se qué hago aquí, hablar no sirve de nada…, no le importo a nadie, me gustaría desaparecer ya de una vez…, ya no puedo más…, no me cabe más…,etc.

Ante este tipo de expresiones, no serviría de nada reaccionar así: ¿cómo puedes decir eso?, a mi si me importas…, no hombre, yo si que te entien-

5. Ford, J., Thomas R., Byng R, & McCabe, R. (2020). Asking about self-harm and suicide in primary care: Moral and practical dimensions. Patient Education Counseling, 1(10) https://doi.org/10.1016/j.pec.

do, he visto casos como el tuyo…, yo también he perdido a un familiar y al principio…, etc.

En ocasiones, se "pervierte" el significado de la premisa: empatizar con el paciente/víctima, y se limita simplemente a repetir sistemáticamente durante la conversación: entiendo que lo estés pasando tan mal, entiendo que te sientas así…, etc. Lo que, después de escucharlo dos o tres veces en la misma conversación, termina sonando a locución telefónica y se concluye que el personal de ayuda realmente "no ha entendido nada".

Dos estrategias pueden ser de utilidad con las que quizá estemos menos familiarizados:

Normalizar la ideación suicida

"El 50% de la población general -no clínica-, experimentará tendencias suicidas moderadas-severas, a lo largo de su vida"[6].

Gran parte de los motivos de sufrimiento humanos son normales cuando se tienen que afrontar situaciones "anormales". La ideación suicida puede ser una reacción defensiva normal: terminar con su sufrimiento, evitar responsabilidades, eliminar los miedos…, reacción que mucha gente tendría si se encontrara en circunstancias similares: pensar en el suicidio como solución, no te convierte en un loco, ni en un cobarde…, muchas personas que no ven otra solución tienen estas ideas a diario…, yo no he vivido nunca una situación como la tuya, pero creo que si lo viviera también lo estaría pasando muy mal…, etc.

Validar la experiencia subjetiva de la persona

La dificultad, el sufrimiento, o la preocupación por las que está atravesando. No queremos decir validar el suicidio como una solución. Validar es otorgar reconocimiento, valor, importancia y sentido al sufrimiento de la persona, aumentando así la sensación de conexión y seguridad del llamante. Es necesario establecer, un vínculo entre la causa y el efecto de lo que le está pasando al llamante. Las ausas pueden ser: desesperanza, soledad, dolor físico, sufrimiento emocional, tristeza, etc. Y el efecto, experimentar ideación suicida: no me extraña que quieras/pienses en desaparecer cuando tienes la sensación de que no le importas a nadie…, tienes derecho a sentirte así de mal con lo que estás pasando…, no puedo imaginarme como es sentirse como te sientes tú ahora mismo, pero si me ayudas quizá pueda entenderte mejor..., qué duro debe ser no saber qué haces aquí, y sentir que hablar no sirve de nada…, etc.

---

6. Chiles, J., Strosalhl, K. & Weiss, L. (2019) Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. (2th ed.) American Psychiatric Association.

Es fácil verse tentado de intentar “quitarle las ideas suicidas” al llamante inmediatamente, tampoco es fácil “sujetar el impulso” del profesional de desterrar el suicidio como opción, o tratar de rescatar con celeridad a la persona sin haberla escuchado antes (sin normalizar ni validar previamente), ofreciéndole soluciones que quizá ya haya intentado antes y no le han servido, lo que nos hundiría en el descrédito.

Debemos tener en cuenta que el tiempo juega a nuestro favor, y para poder reducir la probabilidad de un desenlace fatal durante la llamada, la persona en riesgo debe: sentirse escuchado, creído, sostenido en su sufrimiento, y sentir también que su sufrimiento tiene un impacto en el otro. Todo eso por supuesto, requiere cierto tiempo. Carmen Tejedor y otros investigadores de prestigio, hablan de un espacio temporal de 90 minutos desde que alguien tiene la intencionalidad firme, hasta que inicia el gesto suicida. Aunque no será así en todos los casos, es importante tenerlo en cuenta.

Seamos menos ambiciosos en nuestros objetivos y también realistas, quizá ni el mejor psicólogo o psiquiatra del mundo consigan quitarle las ideas suicidas en un momento de crisis al llamante. Las personas pueden tener razones muy poderosas, y muy legítimas para querer terminar con su vida, sin tratarse de ideas irracionales, o de personas que estén “mal de la cabeza…”.

Un objetivo mucho más humilde como primer eslabón de la cadena asistencial en la atención telefónica, y también realista, es el de aplazar la decisión, para que el demandante “no se suicide en nuestro turno”, y que reciba la atención que se merece, y la ayuda que necesita: siempre puedes hacerlo más adelante, yo no puedo impedírtelo, pero suicidarse es una decisión importante que puede esperar, permíteme que hablemos de lo que te ha puesto en una situación tan difícil…, etc.

Bajo la justificación de encontrar sus “puntos de anclaje”, puede caerse en el error de hacer un sondeo “arbitrario” y “gratuito” a la par que peligroso: qué van a hacer tus hijos sin ti, qué será de tus padres..., etc. Quizá en ese sondeo “a ciegas”, demos con el precipitante del gesto suicida (p.ej. con violencia ascendente, o doméstica).

Mucho más adecuado, y para reprimir el impulso de intentos azarosos por buscar puntos de anclaje, es escuchar, y preguntar: ¿a quién sientes ahora mismo más cerca de ti?..., Cuando dices: nadie te entiende, ¿quienes son esas personas con las que intentas conectar y no te entienden?..., ¿quién sería la persona por la que valdría la pena vivir?..., etc.

---

7. Shneidman E. (1985). Definition of suicide. John Wiley & Sons.

En este contexto de atención telefónica, puede resultar útil uno de los mantras más repetidos en el mundo de la prevención: “El suicidio es una solución eterna, para lo que a menudo no es más que un problema temporal”[7].

Conclusiones

Resumimos algunas pautas generales en la conversación telefónica con un paciente en crisis suicida:

Primera

Los objetivos a lograr serán: aplazar la decisión, escuchar y validar la vivencia subjetiva de la persona.

Segunda

Para una correcta evaluación del nivel de riesgo se debe preguntar:

> Cuándo

> Dónde para tener información de la rescatabilidad,

> “Cómo” para conocer la letalidad del método, y

> ¿Por qué? ha decidido hacerlo.

A mayor número respuestas afirmativas, mayor riesgo.

Tercera

Evitar el rol de experto. Es importante escuchar y validar: Debes estar pasándolo muy mal para contemplar el suicidio como solución. Nunca he pasado por una situación tan difícil, así que no puedo ni imaginarme lo difícil que debe ser…, muchas personas tienen estas ideas a diario, pero hemos encontrado otras soluciones.

Cuarta

Introducir algún tipo de refuerzo positivo sobre su gestión de la situación: el hecho de que hayas decidido llamar, a pesar de tu sufrimiento, es muy valiente e inteligente por tu parte…, muchas personas tienen estas ideas a diario. El 80% de aquellos que no lo consiguieron, manifiestan que fue un error…,etc.

Quinta

No tener prisa ni evidenciarla, siempre iremos a remolque del paciente. El tiempo juega a nuestro favor, reduce la impulsividad (¿90 min.?)

Sexta

Facilitar el drenaje emocional, es mucho más útil que empezar cuestionándole su propósito. No dejar nunca sólo si apela a nuestra confianza.

Enric Armengou

Psiquiatra de ITA Especialistas en Salud Mental y del Hospital del Niño Dios. Profesor en la Universidad Abat Oliba. Miembro del Patronato de la Fundación Ajuda i Esperança. Voluntario del Teléfono de Prevención del Suicidio y del Teléfono de la Esperanza.

> Los humanos somos seres sociales y nos necesitamos unos a otros para poder dar lo mejor de nosotros mismos.

Salud mental y la importancia del apoyo psicosocial

"Descuidar el contacto cercano con las personas que son importantes para usted es al menos tan peligroso para la salud como el hábito de fumar un paquete al día, la hipertensión o la obesidad"[1]. La psicóloga canadiense Susan Pinker demostró con un estudio muy riguroso que los dos factores más importantes para llegar a los 100 años son la integración social y tener relaciones cercanas. Muy por delante de no fumar, no beber, la salud cardíaca o la diabetes.

La OMS[2] define salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Resaltamos la incidencia en "lo social". Si esta afirmación es evidente en la salud general, cuál no será su importancia en la salud mental.

La sociedad ha visto cómo la pandemia, con la exigencia del distanciamiento social y las diferentes etapas de confinamiento, ha hecho aflorar lo mejor y lo peor de las personas y ha hecho que seamos conscientes de la necesidad de estar conectados. Estamos esperando los brotes verdes, los desconfinamientos y las vacunas que nos van presentando, para volvernos a encontrar y abrazar. Nos comunicamos por pantalla plana o nos vemos con mascarilla y nos es difícil captar los mensajes emocionales que nuestras caras transmiten. Una de las torturas más inhumanas es el aislamiento social. Como bien refleja el protagonista de la película El náufrago, interpretado por Tom Hanks, para poder sobrevivir, el protagonista debe crear una comunidad, hablando con una pelota de voleibol a la que personalizará.

1. Pinker, S. (2015). The village effect: How face-to-face contact can make us healthier and happier. Vintage Books Canada.
2. Organización Mundial de la Salud

Uno de los factores más determinantes en el desarrollo de un trastorno mental es la cantidad y la calidad de nuestras relaciones interpersonales. Los trastornos mentales se generan en soledad, real o sentida, y se recuperan en sociedad.

Los profesionales de la salud mental y las autoridades sanitarias somos observadores del incremento del sufrimiento emocional, vivencial y conductual de las personas. Hemos visto el empeoramiento de personas con trastornos mentales que estaban estables. Hemos comprobado el incremento de las enfermedades emocionales como las depresiones, las obsesiones y las fobias; los trastornos de la conducta alimentaria, las adicciones y las autoagresiones han aumentado su incidencia. Se ha incrementado igualmente la tasa de maltrato intrafamiliar. Estamos viendo personas que se aíslan en su casa como si fueran jóvenes de Hikkimori[3]. Y la crisis sociosanitaria crece alarmantemente si hablamos de la gente mayor y de la soledad no deseada.

La crisis sanitaria de la Covid-19 ha derivado en una crisis económica, cierto, pero también estamos viendo que se está gestando una crisis social que afectará a aquellas personas que la sufran durante mucho tiempo. Un indicador muy significativo es que el consumo de psicofármacos en 2020 se ha multiplicado por dos respecto al año anterior[4].

Los últimos años de bonanza y comodidad, olvidados por completo del sufrimiento y el esfuerzo de nuestros abuelos en las posguerras, tanto civil como europea, han sumido a Europa en la cultura de la "sociedad del bienestar". Nos hemos centrado en la prosperidad y en hacernos un espacio de confort donde sentirnos seguros y cómodos. Pensábamos que la economía y la ciencia nos ofrecerían el bienestar y la seguridad, la autosuficiencia. En este afán, sin embargo, hemos descuidado la naturaleza, nuestra casa común y los demás, los que no pertenecen a nuestro pequeño club.

De revertir el descuido del planeta, ya se ha encargado la propia naturaleza, con una de las pandemias más duras que haya conocido nunca la raza humana. La Covid-19 está provocando que los estados, las empresas y toda la sociedad sean conscientes de su vulnerabilidad.

3. Hikikomori es un término japonés para referirse al fenómeno social que consiste en personas apartadas que han escogido abandonar la vida social; a menudo buscando grados extremos de aislamiento y confinamiento, debido a varios factores personales y sociales en sus vidas. En Japón suele afectar más a hombres que a mujeres. (https://es.wikipedia.org/wiki/Hikikomori#Tratamiento)

4. La ola de contagios dispara el consumo de ansiolíticos y antidepresivos en una población con miedo e incertidumbre. (2021, 15 de febrero). Noticiaspress.es. http://www.noticiaspress.es/2021/02/la-ola-de-contagios-dispara-el-consumo-de-ansiolificos-y-antidepresivos-en-una-poblacion-con-miedo-e-incertidumbre/

De revertir el hecho de centrar nuestras ilusiones en el bienestar y en nuestro pequeño clan, donde no cabe el de fuera, debemos encargarnos nosotros. Aquí tenemos un reto estimulante y que puede ayudarnos a construir un futuro mejor que el pasado postmoderno. Siguiendo la visión aguda de Byung-Chul Han, "el siglo XX ha sido el de las guerras y la locura, pero el siglo XXI será el de la depresión y el suicidio"[5].

En palabras de António Guterres, secretario general de la ONU, se prevé un año desafiante para la salud mental: "Todo esto era cierto, incluso antes de la Covid-19; ahora, sin embargo, estamos viendo las consecuencias de la pandemia en el bienestar mental de las personas, y esto es solo el comienzo. Muchos grupos, incluidos los adultos mayores, las mujeres, los niños y las personas con problemas de salud mental existentes, corren el riesgo de sufrir graves problemas de salud a medio y largo plazo si no se toman medidas"[6]. Y el papa Francisco ha emprendido una lucha feroz para sustituir la "cultura del descarte" por la "cultura de la esperanza"[7]. El reto del siglo XXI será crear una red relacional inclusiva que, apoyándose en los fuertes acoja a los débiles, y magnánima, que permita la diferenciación y la libertad personal.

Los humanos somos seres sociales y nos necesitamos unos a otros para poder dar lo mejor de nosotros mismos. Somos relación desde lo más íntimo de nuestro ser, incluso desde nuestros genes. Hace ya muchos años que se ha demostrado[8] que nuestro genoma desarrolla unos genes, unas proteínas y, finalmente, unas características y conductas de acuerdo con el entorno en el que interactuamos, al igual que nuestro cuerpo genera aptitud y respuestas creativas para adaptarse a los impactos del mundo que le rodea.

La ciencia psicológica descubrió el siglo pasado la teoría del Apego[9](o attachment theory), que viene a decir que, para un desarrollo correcto y equilibrado, el niño necesita una relación de apego seguro desde el nacimiento y, sobre todo, durante los primeros meses de vida. Y demuestra que esta capacidad de interactuar con el otro influye en el crecimiento armónico del niño en los aspectos físico, psíquico y social. Esta habilidad condicionará que seamos personas adaptadas y libres o desadaptadas y patológicas.

---

5. Byung-Chul, H. (2017). La sociedad del cansancio. Herder Editorial.

6. Organización Mundial de la Salud. (2020, 13 octubre). 2020: Un año desafiante para la salud mental. Noticias ONU. https://news.un.org/es/story/2020/10/1482212

7. "En realidad, una sociedad merece la calificación de "civil" si desarrolla anticuerpos contra la cultura del descarte; si reconoce el valor intangible de la vida; si la solidaridad es activamente practicada y salvaguardada como fundamento de la convivencia", papa Francisco. (2020, 30 diciembre). Conferencia Vaticano [Comunicat de premsa]. https://www.vaticannews.va/es.html

8. H. Lipton, B. (2007). La biología de la creencia [Libro Electrònico]. LA ESFERA DE LOS LIBROS. http://www.esferalibros.com/libro/la-biologia-de-la-creencia-edicion-10-aniversario/

9. Resumen a https://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_del_apego

De hecho, uno de los factores más determinantes en el desarrollo de un trastorno mental es la cantidad y la calidad de nuestras relaciones interpersonales. Los trastornos mentales se generan en soledad, real o sentida, y se recuperan en sociedad.

En psicología tenemos un concepto muy interesante, que son las “caricias”. Todos tenemos la necesidad básica de ser vistos, y reconocidos, y la situación de más dolor emocional, y muy a menudo el preámbulo de una conducta suicida, es la vivencia existencial de “no ser visto”, de “no importar”.

La pandemia está provocando mucho dolor y sufrimiento, pero también nos ha despertado la conciencia de que debemos trabajar juntos para tener un futuro. Y si podemos, un futuro mejor, más armónico con la naturaleza, más sintónico entre las personas y más afable con el desfavorecido.

Como psiquiatra, observador privilegiado del lado oscuro de las personas, veo con ilusión cómo van surgiendo iniciativas enfocadas al acompañamiento del que está solo, el que es invisible y del que se autoexcluye porque no entiende a la sociedad o no se siente escuchado ni aceptado. El Teléfono de la Esperanza, Amigos de los Mayores, el Teléfono de Prevención del Suicidio, y tantas otras están realizando una ayuda en el acompañamiento al enfermo mental tan revolucionaria como el descubrimiento de los psicofármacos o la generalización de la psicoterapia.

Este cambio cultural de cuidar el mundo en el que vivimos, conectar con el otro con quien convivimos, y aceptar con compasión, como defiende el psicólogo Gilbert, nuestras circunstancias internas y externas, es una revolución. Su resultado facilitará la calidad de vida de las personas, tendremos una sociedad con menos enfermedades mentales, donde los pacientes con trastornos mentales severos se sentirán más vistos, atendidos y aceptados. Y esto es fundamental para la mejora clínica del paciente.

Ana Freire

Ingeniera y Doctora en Informática, Investigadora y profesora Lectora en la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona) i Directora del Centro de Estudios sobre Sostenibilidad.

“

En la era de la digitalización, nacen nuevas vías para estudiar las enfermedades mentales, adaptadas a las nuevas formas de comunicación de nuestra sociedad: las redes sociales

Inteligencia Artificial y Salud Mental

La Inteligencia Artificial (IA), entendida como la capacidad de dotar a las máquinas de comportamiento inteligente propio de un humano, se asociaba habitualmente a una esfera tecnológica cuya influencia quedaba lejos de la salud de las personas. Sin embargo, poco a poco la sociedad menos científica ha empezado a conocer sistemas inteligentes que nos ayudan a alcanzar la tan deseada medicina personalizada, mediante el análisis automático de imagen médica, el descubrimiento eficiente de nuevos tratamientos e incluso la cirugía robótica. Ya en 2011, investigadores del NYU Langone Health, centro médico académico de Nueva York, concluyeron que un sistema de IA era capaz de identificar nódulos en el pulmón entre un 62% y un 97% más rápido que un grupo de radiólogos[1]. Un estudio más reciente de 2017 comprobó que una técnica robótica asistida mediante IA reducía en 5 veces las complicaciones quirúrgicas con respecto a cuando los cirujanos operaban solos[2].

Tras la pandemia mundial del COVID-19, se han sumado nuevas aplicaciones de la Inteligencia Artificial en la búsqueda del control de esta epidemia: desde el desarrollo de modelos de predicción de expansión del virus o la detección de signos de COVID-19 en imágenes médicas, hasta el diseño de tratamientos eficaces, permitiendo descartar experimentos que la IA clasifica como no prometedores. No olvidemos que la Inteligencia Artificial permite automatizar procesos complejos de un modo muy eficiente, acelerando así la búsqueda de soluciones.

Precisamente esta pandemia está afectando a otras dimensiones del ser humano, como es su salud

1. Koo, C. W., Anand, V., Girvin, F., Wickstrom, M. L., Fantauzzi, J. P., Bogoni, L., ... & Ko, J. P. (2012). Improved efficiency of CT interpretation using an automated lung nodule matching program. American Journal of Roentgenology, 199(1), 91-95.

2. Schroerlucke, S. R., Wang, M. Y., Cannestra, A. F., Good, C. R., Lim, J., Hsu, V. W., & Zahrawi, F. (2017). Complication rate in robotic-guided vs fluoro-guided minimally invasive spinal fusion surgery: report from MIS refresh prospective comparative study. The Spine Journal, 17(10), S254-S255.

mental. La Organización Mundial de la Salud publicó un estudio alertando del incremento de la demanda de atención en salud mental, en un momento en el que precisamente se han visto empeorados el acceso y la calidad de estos servicios[3]. Las dificultades en el acceso a consultas psicológicas, así como el estigma que rodea a los problemas de salud mental, hace que muchas personas no lleguen a recibir un diagnóstico.

En la era de la digitalización, nacen nuevas vías para estudiar las enfermedades mentales, adaptadas a las nuevas formas de comunicación de nuestra sociedad: las redes sociales. Twitter y otras plataformas como Reddit o Instagram se han mostrado como un medio eficaz para detectar problemas como la depresión[4] o la ideación suicida[5,6] e incluso para estudiar trastornos de la conducta alimentaria (TCA)[7].

Proyecto STOP

El proyecto STOP[8] (Suicide prevenTion in sOcial Platforms) analiza las redes sociales en busca de patrones asociados a diversas enfermedades mentales, prestando especial atención al suicidio. Dirigido desde la Universitat Pompeu Fabra, involucra ya a 6 nodos nacionales e internacionales: el Centro de Visión por Computador de la Universitat Autónoma de Barcelona , el Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell , la fundación FITA, la Universidad de Lyon y la Universidad de la Suiza Italiana .

Investigadores, psicólogos y psiquiatras estudian la expresión en redes sociales de la depresión, las tendencias suicidas y los trastornos de la conducta alimentaria (que, en casos graves, pueden derivar en autolesiones). Mediante el análisis de texto, imagen y actividad, observan en redes sociales factores que habitualmente el personal especializado pregunta directamente a sus pacientes en las consultas: si tienen apoyo social, su calidad de sueño, posibles factores de riesgo, preocupaciones recurrentes, etc. Estas preguntas se resuelven en el entorno de las redes sociales analizando si un usuario tiene muchas conexiones, si tiene actividad durante las horas de

---

3. World Health Organization. (2020). The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment.

4. Leiva, V., & Freire, A. (2017, noviembre). Towards suicide prevention: early detection of depression on social media. In International Conference on Internet Science (pp. 428-436). Springer, Cham.

5. Ramírez-Cifuentes D, Freire A, Baeza-Yates R, Puntí J, Medina-Bravo P, Velazquez DA, Gonfaus JM, Gonzàlez J. Detection of Suicidal Ideation on Social Media: Multimodal, Relational, and Behavioral Analysis. J Med Internet Res 2020;22(7):e17758. URL: https://www.jmir.org/2020/7/e17758 DOI: 10.2196/17758.

6. Ríssola, E. A., Ramírez-Cifuentes, D., Freire, A., & Crestani, F. (2019, juny). Suicide risk assessment on social media: USI-UPF at the CLPsych 2019 shared task. In Proceedings of the Sixth Workshop on Computational Linguistics and Clinical Psychology: 2019, 6 de junio; Minneapolis, Minnesota, USA. Stroudsburg: ACL; 2019. p. 167–71.. ACL (Association for Computational Linguistics).

7. Ramírez-Cifuentes, D., Largeron, C., Tissier, J., Freire, A., & Baeza-Yates, R. (2020, abril). Enhanced Word Embeddings for Anorexia Nervosa Detection on Social Media. In International Symposium on Intelligent Data Analysis (pp. 404-417). Springer, Cham.

8. STOP Project. http://stop-project.upf.edu

sueño o si comenta o demuestra interés por ciertos temas. Estas y otras muchas características constituyen la entrada a algoritmos de inteligencia artificial que se entrenan para poder extraer patrones comunes en usuarios de alto riesgo.

Este trabajo ha permitido aprender características diferenciales entre los grupos de "alto riesgo" y "libre de riesgo", para cada uno de los casos estudiados (depresión, suicidio y TCA). Algunas de estas características son demográficas (rango de edad y sexo más común en usuarios de alto riesgo) y otras relacionadas con los intereses de los usuarios (por ejemplo, aquellos con trastornos de la conducta alimentaria suelen tener intereses por dietas estrictas de adelgazamiento, recetas veganas, o ejercicios intensos para alcanzar una rápida pérdida de peso).

Esta información permitió lanzar una campaña en Instagram y Facebook dirigida a los colectivos identificados en cada uno de los tres grupos estudiados. Dicha campaña, en colaboración con el Teléfono de la Esperanza y el Telèfon de Prevenció del suïcidi, consistió en la publicación de anuncios (ver Figura 1) a través del feed (anuncios estáticos) o stories (historias dinámicas) que presentaban teléfonos de ayuda activos 24 horas a colectivos con características similares a las destacadas por los algoritmos de Inteligencia Artificial en grupos de riesgo.

La campaña se ejecutó durante 24 días en torno a las fechas navideñas de 2020-2021, alcanzando a 667.655 personas, con el mayor número de visualizaciones el 1 de enero de 2021 (90.993 usuarios). La mayoría de impresiones se dirigió al grupo de TCA (alcanzó a 545.415 personas), con sus picos de mayor audiencia el 25 de diciembre de 2020 y el 1 de enero de 2021 (coincidiendo con las fechas en las que más comidas familiares se realizan).

Este es un claro ejemplo de que la Inteligencia Artificial, utilizada de modo responsable, puede repercutir muy positivamente en la sociedad. Esta responsabilidad implica que el tratamiento de datos se haga de modo completamente anónimo, es decir, no es posible identificar, con los datos recopilados, a ninguna cuenta utilizada para entrenar los algoritmos desarrollados. Es por esto, que las campañas publicitarias de los teléfonos de ayuda no se pudieron dirigir a usuarios determinados, sino a grupos de usuarios anónimos cuyo perfil era similar al encontrado por los sistemas inteligentes. De este modo, no se pudo controlar que algunos anuncios se mostrasen a usuarios que, aun con características identificativas de un grupo de riesgo, no pertenecían a este colectivo. Por ello, especialmente los anuncios presentados en el feed eran acompañados del texto "Alguien de tu entorno lo puede necesitar", para que no se tratase de una campaña intrusiva y que además llegase al mayor número de personas.

Ojalá la Inteligencia Artificial vea incrementado su uso para entender mejor ciertos problemas sociales, y que la revolución tecnológica sirva para mejorar el bienestar humano, especialmente en la era post-COVID.

Anuncio tipo utilitzado en la campaña en redes sociales

Teléfono de la Esperanza

Anuncio tipo utilitzado en la campaña en redes sociales

Teléfono de Prevención del Suicidio

Maria del Carmen de la Fuente

Directora de la Fundación Migra Studium y coordinadora del Servicio Jesuita a Migrantes en España.

Humanidad es movimento

Esta afirmación, que ya conocíamos, la hemos podido confirmar tras un año marcado por la pandemia de la Covid-19. Por un lado, por la extensión del virus por cada rincón del planeta sin que nada haya podido detenerlo. Por otro, porque las medidas de limitación de la movilidad para intentar frenar su propagación, la obligación de no movernos, han provocado un desconcierto y un sufrimiento que muchas personas no habíamos sentido antes. Y en último lugar, porque las consecuencias de este paro involuntario y repentino son de un alcance tal que aún no podemos dimensionar adecuadamente, del cual es difícil hacernos cargo y que afecta a todos los niveles (social, político, económico, psicológico...).

Centrando la mirada en el hecho de la movilidad humana, diríamos que este tiempo hemos constatado lo que la historia ya nos había mostrado: el movimiento es inherente a la condición humana, de modo que cuando algo nos impide movernos, perdemos algo esencial e, incluso, sentimos nuestra existencia amenazada. La humanidad ha estado siempre en movimiento; de hecho, el mundo que tenemos hoy es fruto de una sucesión de desplazamientos producidos de forma continuada en el tiempo, fruto de los movimientos migratorios. Los grupos humanos en general, y las personas en particular, han dejado sus casas, sus lugares de origen, para establecerse en otros territorios por razones diversas como las relacionadas con la supervivencia, el reencuentro con seres queridos, la mejora de las condiciones de vida o la búsqueda de un futuro diferente, los cambios demográficos, los conflictos, la violencia o las persecuciones de grupos sociales o personas. Hasta el punto que nosotros, todos y todas, podemos hablar de la experiencia de migrar como propia, ya sea porque lo hemos vivido en primera persona o porque lo han hecho otros en nuestra familia, hace más o menos tiempo.

> “El movimiento es inherente a la condición humana, de modo que cuando algo nos impide movernos, perdemos algo esencial e, incluso, sentimos nuestra existencia amenazada.

El miedo es una emoción legítima, pero se puede alimentar o deconstruir. Hacer una cosa o la otra posibilitará construir una sociedad diferente y permitirá imaginarnos como un nosotros o mantenernos en el “nosotros” y “ellos”

Los datos corroboran que, hoy, la humanidad sigue en movimiento. En el mundo hay 281 millones de migrantes internacionales, es decir, personas que viven en un país distinto de su país de origen. Esta cifra es la más elevada de los últimos años (aunque en 2021 se espera un cambio de tendencia causado por la pandemia de la Covid-19) y supone el 3,6% de la población mundial[1]. De todos los migrantes internacionales, el 31% se encuentra en Europa, el 31% en Asia, el 26% en el continente americano, el 9% en África y el 3% en Oceanía. La edad media de las personas migrantes en el mundo es de 39 años, el 48% son mujeres y el 73% se encuentra en “edad de trabajar” (entre los 20 y los 64 años).

Pero si aceptamos el movimiento como inherente a la humanidad, si lo reconocemos presente a lo largo de la historia, si es una constante que llega hasta nuestros días y con vocación de continuidad, nos surgen algunas preguntas: ¿por qué decimos que las migraciones son un hecho relevante de nuestro tiempo? ¿Por qué seguimos cuestionando el derecho de las personas a moverse? ¿De dónde surgen los discursos que asocian migraciones a amenaza? ¿Por qué los estados dedican tantos recursos a evitarlas? ¿Por qué tantas personas siguen muriendo durante el trayecto migratorio? Aunque no existe una respuesta fácil y clara para estas preguntas, podemos aportar algunas claves que nos permitan acercarnos a estas cuestiones y nos ayuden a comprender por qué la movilidad humana es un reto de la sociedad actual.

La primera clave es la desigualdad global y tiene que ver con el origen

Vivimos en un mundo desigual, donde la distancia entre las personas que disponen de más recursos para vivir y las que disponen de menos es cada vez mayor (el 1% más rico de la población posee más del doble de riqueza que 6.900 millones de personas[2]). Esta desigualdad tiene consecuencias,

1. Portal de datos mundiales sobre la migración de la International Organizations for Migration (OIM) https://migrationdataportal.org/

2. Lawson, M., Parvez, A., Harvey, R., Sarosi, D., Coffey, C., Piaget, K., & Thekkudan, J. (2020). Tiempo para el cuidado. Oxfam Internacional. https://www.oxfam.org/es/informes/tiempo-para-el-cuidado

como el hecho de que la vida en algunos lugares del planeta haya devenido imposible, porque hemos aceptado descartar territorios enteros y con ellos, a las personas que los habitan. Se trata de situaciones injustas, puesto que en muchas ocasiones la inhabitabilidad tiene que ver con causas externas a la población que vive en ellas, un ejemplo claro son los desplazamientos por causas relacionadas con los desastres naturales y el clima, que en el año 2019 afectaron a 24,9 millones de personas[3]. Al mismo tiempo, es un cambio climático que hemos aceptado como "necesario" o "inevitable" para sostener nuestros niveles de consumo y de vida. Es decir, para que una parte del mundo pueda vivir como quiere vivir, otra parte no puede vivir, y lo que es más preocupante, no parece que haya alternativas ni voluntad para generar un cambio.

Esta desigualdad se da en un mundo globalizado donde todo circula (los recursos y mercancías, las personas, la información) y donde todo se exhibe. No es una situación que se pueda o se quiera ocultar, al contrario, cada vez es más fácil que las personas desde cualquier lugar del mundo tengan información instantánea de lo que sucede en cualquier otro lugar. Y de esta manera está al alcance de todos comparar formas y condiciones de vida, valorar las oportunidades disponibles y proyectar las que podríamos tener en otros lugares. Es decir, es una desigualdad conocida y reconocida, tanto para quien la genera como para quien la padece.

La segunda clave son los muros y tiene que ver con el tráfico y la llegada

En este escenario de desigualdad visible y falta de alternativas, se dan dos movimientos: por un lado, la sociedad "descartada" busca la forma de cambiar su situación ya menudo, la forma de hacerlo es a través de iniciar un proceso migratorio; por otro lado, la sociedad "privilegiada" siente la necesidad de proteger su bienestar y a menudo, la forma de hacerlo es construyendo muros. Estos muros toman formas diversas y son más o menos visibles:

Las vallas y fronteras visibles

Tienen por objetivo frenar físicamente la entrada de personas en un territorio. En Europa tenemos un claro ejemplo en la Frontera Sur, pero este es uno más de los muros que existen hoy en el mundo y que, de hecho, no han dejado de construirse: en los últimos 30 años se han multiplicado por 10 los

3. Observatorio de Desplazamiento Interno (IDMC). (2020). INFORME MUNDIAL SOBRE DESPLAZAMIENTO INTERNO. https://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/GRID_Global_2020_Spanish_web.pdf

muros en las fronteras de todo el mundo[4]. La realidad nos dice que estos muros son incapaces de frenar a las personas que han tomado la decisión de migrar, pero también las obligan a buscar vías alternativas para poder cruzar las fronteras, rutas migratorias a menudo controladas por mafias y en las que se ven obligadas a arriesgar su vida (en 2020 las muertes en las rutas migratorias hacia España aumentaron un 143% respecto al año anterior)[5].

Las fronteras invisibles

Las personas que consiguen llegar a su destino no terminan en este punto su proceso migratorio, al contrario, siguen encontrándose con fronteras, que son invisibles, pero que dificultan hacer realidad su proyecto vital. Centrándonos en el caso de España (que es similar al de otros países) estas fronteras toman forma de normas y leyes que, en lugar de poner en el centro la vida, someten a las personas a verdaderas carreras de obstáculos para conseguir algo básico como ejercer sus derechos y disfrutar de una vida digna. El resultado es que estas personas viven abocadas a la exclusión social y la supervivencia, tal y como lo indican algunos datos de nuestro contexto[6]:

> Entre la población de origen migrante que vive en España, y que representa el 16,32% del total de la población, las tasas de riesgo de pobreza y de paro de la población de origen inmigrante (59% y 23%) superan alas de la población española (23% y 17%).

> El 75% de los trabajadores inmigrantes realizan tareas que se sitúan en la parte más baja de la estructura ocupacional, en sectores como el trabajo de los hogares y los cuidados, la construcción, la hostelería o la agricultura (por otra parte, definidos como esenciales). Solamente el 25% están ocupados en el sector de los servicios de media o alta calificación.

> El 11% de las personas inmigrantes trabajan informalmente (sin contrato) y el 40% lo hace con contratos temporales (el doble que en el caso de las personas españolas).

La situación se agrava para las personas en situación administrativa irregular, las que acostumbramos a llamar “sin documentación” o “sin papeles” y

4. Ruiz Benedicto, A., Akkerman, M., & Brunet, P. (2020). Mundo amurallado, hacia el Apartheid Global (Informe 46). Centre Delàs d’Estudis per la Pau, Transnational Institute (TNI), Stop Wapenhandel y Stop the Wall Campaign.

5. Ruiz Benedicto, A., Akkerman, M., & Brunet, P. (2020). Mundo amurallado, hacia el Apartheid Global (Informe 46). Centre Delàs d’Estudis per la Pau, Transnational Institute (TNI), Stop Wapenhandel y Stop the Wall Campaign.

6. Colectivo Caminando Fronteras. www.caminandofronteras.org

que, aunque en España no existe ningún registro y por tanto no sabemos cuántas son, en el año 2019 se calculaba que llegaban a ser entre 390.000 y 470.000 personas[7]. Vivir en la irregularidad conlleva vivir en una desprotección total, con el miedo de ser expulsado y sin recursos económicos por la imposibilidad de acceder a un contrato de trabajo. Esta situación es difícil de superar, ya que para ello hay que esperar un mínimo de tres años para acceder al procedimiento llamado "de arraigo social", que entre otras condiciones requiere que la persona disponga de una oferta de trabajo para un año y a jornada completa (una cuestión que cada vez es más difícil).

La tercera clave es el miedo y tiene que ver con la posibilidad de construir futuro

Cuando las personas migrantes llegan a las ciudades y pueblos, lo hacen con sus ideas, patrones culturales, creencias y valores. Es decir, las personas que migran no lo hacen solo con su capacidad de trabajo, lo hacen con toda su vida y también con su historia. Esto conlleva un incremento de la diversidad que no siempre es vista como oportunidad y que puede generar como respuesta la indiferencia o el rechazo. Ambas respuestas tienen como origen el miedo. El miedo al que es diferente, al que viene de lejos y, en el fondo, el miedo a que "mi mundo" cambie, a perder lo que tengo por tener que ceder a quien viene de fuera.

El miedo es una emoción legítima, pero se puede alimentar o deconstruir. Hacer una cosa o la otra posibilitará construir una sociedad diferente y permitirá imaginarnos como un nosotros o mantenernos en el "nosotros" y "ellos". Es una cuestión urgente preguntarse cuál es el futuro que deseamos. ¿Queremos vivir teniendo miedo a las personas con las que convivimos y con las que conviviremos? Más aún, ¿queremos vivir teniendo miedo a lo que somos, humanidad en movimiento?

7. Fanjul, G., Fundación porCausa, Universidad Carlos III de Madrid, & Gálvez-Iniesta, I. (2020). Extranjeros, sin papeles e imprescindibles: Una fotografía de la inmigración irregular en España. https://porcausa.org/wp-content/uploads/2020/07/RetratodelairregularidadporCausa.pdf

Andoni Anseán

Presidente de la Fundación Española para la Prevención de Suicidio, de la Sociedad Española de Suicidología y Representante Nacional en España de IASP (Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio.

El suicidio solo puede ser prevenido o llorado

No sabemos por qué se suicidan las personas. Tampoco, por ejemplo, por qué se deprimen. O, por poner otro ejemplo, por qué algunas padecen cáncer. Eso no significa que no sepamos cómo prevenirlo. Otra cosa es que lo hagamos...

La prevención posee tres niveles: **universal, selectiva e indicada**.

Prevención universal

La prevención universal actúa sobre factores de riesgo relacionados con la sociedad y el entorno de las personas. Así, un factor de riesgo puede ser un entorno inseguro (en la estabilidad laboral, en el acceso a la vivienda o a los servicios esenciales) y con escasa protección social y económica.

La insalubridad es otro factor de riesgo que se ha abordado desde el principio de los tiempos. Mantener un entorno salubre ante enfermedades o epidemias es básico en cualquier sociedad humana (ahora lo sabemos más que nunca). Si esto es evidente en cuanto a la salud física, debería serlo también en cuanto a salud mental, desarrollando entornos saludables y seguros a nivel emocional y promoviendo, ya desde las escuelas, hábitos saludables también en lo mental.

> “La prevención posee tres niveles: universal, selectiva e indicada.

En relación con esto, la despreocupación por la prevención es otro factor de riesgo. Todos sabemos la importancia de, por ejemplo, las políticas de seguridad ciudadana, las políticas de seguridad vial o las políticas de prevención de la violencia de género. Por el contrario, no existen políticas a nivel de gobierno central de prevención de la conducta suicida y las políticas autonómicas y locales, cuando existen, son muy desiguales. Esta despreocupación se

extiende al conocimiento mismo del problema, a la investigación sobre su realidad y las estadísticas en general son bastante pobres (solo por poner un ejemplo: no tenemos registro de cuántas personas realizan intentos de suicidio).

Otro factor de riesgo es una sociedad poco o mal informada sobre la conducta suicida (ideación, intentos y suicidios). Efectivamente, estamos muy lejos de conocer la magnitud e impacto epidemiológico de este problema social y de salud pública; y de que este ocupe el lugar proporcional en las agendas políticas, institucionales, sociales, sanitarias y mediáticas. Esto es así por un oscurantismo y estigma históricamente asociados a la conducta suicida. El reto, por tanto, es potenciar un factor de protección de tipo sociocultural, disminuyendo el factor de riesgo que supone una sociedad desinformada y prejuiciosa que dificulta el adecuado abordaje de este problema en quienes lo necesitan por, precisamente, no ser consciente de la existencia y dimensiones de ese problema.

También existe un factor de riesgo en el acceso a los medios letales que la prevención universal pretende limitar. No solo al medio como tal sino a información sobre ellos. Unas redes sociales seguras son ejemplo de ello.

Vemos, pues, cómo los factores de riesgo determinan el tipo de prevención y las acciones que debemos llevar a cabo para contrarrestarlos.

Así, en este nivel de prevención universal, habría que desplegar políticas de seguridad y estabilidad laboral y económica, de vivienda; elaborar planes preventivos; realizar campañas de sensibilización ciudadana; introducir la gestión emocional en los centros de enseñanza; promover el correcto abordaje informativo de la conducta suicida en los medios de comunicación; supervisar contenidos prosuicidas en redes sociales, introducir elementos limitantes o disuasorios en puntos negros de suicidios u otros medios letales; mejorar los sistemas de información e investigación (por ejemplo. creando observatorios del suicidio); etc. En definitiva, habría que promover sociedades sanas y seguras, también ante el riesgo suicida.

Prevención selectiva

Lo mismo ocurre con la prevención selectiva. En este caso los factores de riesgo afectan a determinados colectivos con más probabilidad de presentar riesgo suicida. Las personas más jóvenes o más mayores; personas con problemas de salud mental (por ejemplo la depresión o adicciones); con antecedentes familiares de conducta suicida; profesionales o actividades de riesgo (por ejemplo las fuerzas de seguridad, profesionales sanitarios u

otras con acceso a medios letales); las mujeres en el caso de los intentos de suicidio y los hombres en el de los suicidios consumados, personas en privación de libertad; personas que han sufrido o sufren abusos, malos tratos o violencia doméstica.

En estos casos, nuevamente, hay que identificar y contrarrestar esos factores de riesgo que caracterizan a cada colectivo. Algunas de las acciones que se pueden realizar en este nivel de prevención selectiva son evaluar y derivar a tiempo a alumnos y alumnas que puedan presentar este riesgo, a las personas mayores en los servicios sociales, a menores en situación de vulnerabilidad social; reforzar el cribado del riesgo suicida en pacientes que acuden a atención primaria; extender los cuidados paliativos; disponer de medidas de prevención estructural y funcional en centros penitenciarios; incorporar la prevención del riesgo suicida dentro de las políticas de prevención de riesgos laborales, incluir la categoría profesional en las estadísticas de defunciones, etc.

Prevención indicada

Por último, la prevención indicada se dirige a personas que han presentado algún tipo de conducta suicida, desde su grado más leve (por ejemplo, ideas de muerte) hasta el más grave (intentos de suicidio con daños y secuelas).

Estas personas pueden presentar factores de riesgo individuales o socio familiares. Algunos de estos factores de riesgo pueden no ser modificables por los profesionales y otros sí. Así, no se puede intervenir en factores de riesgo como la edad, el sexo, la carga genética, los antecedentes de conducta suicida propios o familiares, el estado civil, la situación laboral o económica, la soledad, los malos tratos o abusos en la infancia, la falta de red social de apoyo o los conflictos interpersonales, por mencionar algunos.

Pero sobre otros factores de riesgo sí que se puede actuar. En los problemas de salud mental o de consumo de sustancias, en el dolor de enfermedades físicas, en la inadecuada accesibilidad a los servicios de atención, en la escasa coordinación entre profesionales y dispositivos de ayuda, en la inadecuada o insuficiente asistencia que se les presta a personas en riesgo.

Las acciones que podemos hacer en este nivel de prevención indicada son muchas: disponer de mecanismos de coordinación entre los sistemas implicados (como el sanitario, el social, el educativo o las fuerzas de primera intervención); mejorar los tiempos de respuesta en la atención a personas en

riesgo (¿vamos a tardar un mes en dar una consulta en salud mental a una persona que ha sido atendida en un servicio de urgencias por este motivo?), ; crear protocolos de actuación en todos los servicios implicados (¿cuántos hospitales del Sistema Nacional de Salud disponen de él?) , ; mejorar la detección precoz del riesgo suicida (¿lo hacemos en los centros educativos o en atención primaria de la salud?) , ; mejorar la información a quienes lo presentan y a sus allegados, mejorar o aumentar las prestaciones que se les ofrece (por ejemplo, un teléfono de atención especializado, como el habilitado por el Ayuntamiento de Barcelona en colaboración con la Fundación Ajuda i Esperança y del que ahora se presenta este estudio).

En definitiva, lo esencial en este nivel de prevención indicada es disponer de profesionales y sistemas de atención preparados y capacitados. Repasemos si lo están:

> Al sistema educativo le falta mucho para poder detectar el riesgo suicida de sus alumnos y alumnas y para saber qué tienen que hacer los centros de enseñanza y sus profesionales con quienes lo presentan.

> El sistema social tampoco está suficientemente preparado en la evaluación y abordaje del riesgo suicida en la población que atienden, aunque como ya hemos visto, trabajan con un importante grupo de riesgo.

> Las fuerzas de seguridad son las primeras en presentarse en un intento de suicidio, pero sabemos que sus profesionales no reciben formación sobre cómo gestionar estas situaciones.

> Algo semejante ocurre en los cuerpos de bomberos. Muchas veces son quienes tienen que intervenir al exigirlo las condiciones de la crisis suicida (ubicación en altura o de difícil acceso, por ejemplo) pero tampoco han sido formados para interactuar con una persona que se quiere quitar la vida (están, de hecho, a todo lo contrario, a que se les llame para que la salven).

> En el ámbito sanitario, las posibilidades de mejora son más que evidentes:

- En muchos servicios autonómicos de salud, ni siquiera existen psicólogos en sus servicios de emergencias y la formación del resto de los profesionales de estos servicios no incluye la intervención telefónica o in situ en crisis suicidas. Sobra decir que esto es clave para poder evitar un intento o una muerte.
- La atención primaria de salud no evalúa suficientemente el riesgo suicida, entre otros motivos, por una insuficiente concienci-

ación y capacitación de sus profesionales ante este problema

- Algo semejante ocurre en los servicios de urgencias, en las unidades de hospitalización y en los centros de atención ambulatoria a la salud mental. Falta hábito de detección y valoración periódica del riesgo suicida, en parte también por una insuficiente sensibilización hacia él.
- Es importante disponer de códigos o alertas de riesgo de suicidio que organicen el proceso asistencial a personas que lo presentan: desde su detección hasta su seguimiento, pasando por todo el proceso de intervención; incluyendo también a sus familiares y allegados, no siempre tenidos suficientemente en cuenta como los grandes colaboradores y factores de protección que son.

Además de mejorar las carencias en su preparación y capacitación, todos estos sistemas deberían estar interconectados y organizados para ofrecer una respuesta coordinada y conjunta. Lo dicho: disponer de profesionales y sistemas de atención preparados y capacitados.

Hasta aquí, he querido acercar la prevención de la conducta suicida en sus tres niveles (universal, selectiva en indicada) para mostrar qué se puede hacer en cada nivel y el recorrido que falta por hacerse.

Postvención

Pero incluso después de una defunción por suicidio podemos seguir haciendo prevención. Esta vez en su entorno cercano, en las personas que se conocen como supervivientes al suicidio de un ser querido. A la atención que está dirigida a ellas la llamamos postvención. Pero toda postvención también es preventiva (de tipo selectivo), sobre todo en aquellos miembros más vulnerables.

Insistir, por tanto, en la vital (nunca mejor dicho) importancia de la prevención e insistir también en que el suicidio solo puede ser prevenido o llorado. Hagamos lo primero para que nadie tenga que hacer lo segundo…

Francisco Villar Cabeza

Dr. Francisco Villar Cabeza. Psicólogo Clínico. Coordinador del programa de atención a la conducta suicida en la infancia y la adolescencia. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Miembro del grupo asesor del "Teléfono de Prevención del Suicidio" y del "Grup de treball en prevenció del sucidi i joves- Direcció General de Joventut".

Hacia una red integral de prevención del suicidio

El Teléfono de Prevenció del Suicidio (TPS), que puso en marcha en agosto de 2020 la Fundació Ajuda i Esperança en convenio con el Ayuntamiento de Barcelona, supone la creación de un espacio que ofrece acompañamiento y resolución de las crisis suicidas las 24 horas del día, los 365 días del año. Es la mejor acción de prevención del suicidio de los últimos años por muchos motivos, comparable a la implantación del Codigo Riesgo Suicidio (CRS).

El primer elemento a subrayar es que se trata de una acción directa que supone un cambio tangible respecto a la situación previa. En la prevención de la muerte por suicidio, las ideas respecto a la implantación de estrategias son esenciales, tanto como los planes y los propósitos; pero la implantación de una acción, el hecho de que a partir del día de su puesta en marcha, la ciudadanía cuente con un número de teléfono en el que será atendido por un equipo de voluntarios expertos, de personas formadas específicamente en el acompañamiento de las crisis suicidas; es realmente reseñable.

> "Iniciativa social con apoyo institucional que significa un cambio acertado en la consideración del suicidio.

Otro elemento destacable consiste en ser una iniciativa liderada y promovida desde fuera de los servicios de salud, una iniciativa social con apoyo institucional que significa un cambio acertado en la consideración del suicidio; una primera iniciativa que debería inspirar con su ejemplo a otras entidades. Desde los servicios de Salud, se han realizado esfuerzos titánicos para atender a una realidad tan dramática como el suicidio; pero, en el cumplimiento de este compromiso, hemos podido favorecer conclusiones erróneas que han podido desalentar iniciativas fuera del amparo de Salud. Todo intento de suicidio está íntimamente relacionado con el

dolor y el sufrimiento, los factores de riesgo relacionados con el suicidio (trastornos mentales, adversidades en la infancia, *bullying*, *mobbing*, diferentes formas de maltrato y abusos sexuales, duelos, desempleo, privación de libertad, etc.) suponen largos listados de situaciones generadoras de este sufrimiento y, entre ellas, están los trastornos mentales. En este sentido, mientras en la población general, se estima que entre un 4 y un 8% de individuos realizan un intento de suicidio durante la adolescencia[1], este porcentaje se incrementa hasta entre un 20 y un 47% en presencia de psicopatología[2]. Aceptar esta relación no debería implicar asumir como ciertas afirmaciones como que el 90% de las personas que hacen un intento de suicidio padecen un trastorno mental. Estas afirmaciones no se ajustan a la realidad, siendo especialmente incorrectas en población adolescente; además, orientan el trabajo de psiquiatras y psicólogos al alivio de síntomas, por ejemplo, la depresión. A su vez, desalienta la implicación de otras entidades, porque los trastornos mentales se tratan en los servicios de Salud Mental. Algunas de las consecuencias de una visión reduccionista se traducen en un abandono prematuro de los tratamientos; así, se estima que entre el 30%-50% de los adolescentes con conductas suicidas no se adhieren a las recomendaciones de tratamiento[3].

La predicción de futuros pensamientos y conductas suicidas es difícil y compleja[4]. En suicidio es más fácil prevenir que predecir, por eso, si hablamos de factores de protección, factores que ayudan a prevenir el suicidio, lo que se ha evidenciado es que todos son de carácter psicosocial, siendo transversales y ciertos independientemente de aspectos culturales. El principal factor protector para el suicidio es una buena comunicación con los miembros de la familia y la participación en las actividades familiares, disponer de un ambiente familiar, de amistad y escolar de comprensión y apoyo[5]. Los profesionales de salud mental, conscientes de la importancia de la vinculación de los adolescentes vulnerables a actividades que fomenten la vinculación, la sensación de pertenencia, la sensación de participar, de ser útiles; intentamos promover en ellos cierta curiosidad e interés para iniciar alguna actividad, por ejemplo, deportiva. A menudo, la orientación al rendimiento de la mayoría de ellas, la competitividad, el ímpetu de los iguales, vuelven a generar una nueva sensación de fracaso de vinculación

---

1. Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. Suicide and Life-Threatening Behavior, 35(3), 239-250.

2. Bursztein, C., & Apter, A. (2009). Adolescent suicide. Current opinion in psychiatry, 22(1), 1-6.

3. Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., ... & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50(8), 772-781.

4. Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... &Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. Psychological bulletin, 143(2), 187.

5. Swahn, M. H., Ali, B., Bossarte, R. M., Van Dulmen, M., Crosby, A., Jones, A. C., &Schinka, K. C. (2012). Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the US: shared and unique risk and protective factors. International Journal of Environmental Research and Public Health, 9(1), 178-191.

El suicidio no es una enfermedad, y para su prevención, especialmente cuando hablamos de la prevención universal, todos somos imprescindibles y todos nos deberíamos sentir interpelados.

en adolescentes vulnerables. Por otra parte, asociaciones juveniles, que tanto pueden hacer en pro de la sensación de pertenencia de los jóvenes, acogen a los adolescentes y jóvenes más motivados, a aquellos que no necesitan de ese empujoncito inicial. El suicidio no es una enfermedad, y para su prevención, especialmente cuando hablamos de la prevención universal, todos somos imprescindibles y todos nos deberíamos sentir interpelados.

Una red integral de prevención del suicidio debe implicar el desarrollo de estrategias y acciones concretas con el objetivo de favorecer la colaboración, el trabajo y apoyo mutuo entre instituciones que estimule el planteamiento de nuevos objetivos específicos para la prevención de la muerte por suicidio.

Para que una acción sea útil, debe insertarse en la red a la que pretende reforzar. Se hace imprescindible que cada una de las hebras que se incorporen a dicha red, haga más estrechos los orificios de ésta para conseguir que quede el menor número de personas fuera. Para esto, se hace imprescindible no duplicar acciones, sino coordinarlas.

Desde el teléfono de prevención de suicidio, para garantizar la no duplicidad, han liderado la acción en absoluta coordinación con muchos de los agentes implicados en primera persona en el acompañamiento, cuidado y tratamiento de las personas en riesgo de morir por suicidio. Han contado con la asesoría de profesionales relevantes en la gestión de recursos, pero especialmente con profesionales de primera línea de los hospitales y centros comunitarios referentes en el abordaje de la conducta suicida, así como con la asesoría de asociaciones de familiares. Esto ha promovido y favorecido acciones reales, que refuerzan las fisuras del sistema. Por mencionar algunas de las acciones:

> Se estima que únicamente el 28,3% de los adolescentes y adultos jóvenes con ideación suicida, planes o tentativas, buscan ayuda en los servicios de salud mental[6]. La puesta en marcha del TPS, significa una línea más ágil, inmediata y accesible que los servicios de

6. Hom, M. A., Stanley, I. H., &JoinerJr, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seekingand mental health service utiliza

salud mental para la orientación en una crisis suicida, especialmente para adolescentes. Un adolescente de 15 años que necesita hablar con un psicólogo tiene que pedirlo a sus padres, la primera pregunta de éstos raramente es "¿cuándo quieres ir?" Por el contrario, suele ser "¿qué te pasa?" Esta respuesta de los padres, a menudo supone el primer impedimento para esa vinculación. Una vez superada, está la visita al médico de cabecera, la justificación de la necesidad de hacer una derivación a salud mental y el tiempo de espera para la primera visita. Este retraso en el acceso, en la agilidad de la respuesta, en ocasiones acaba por significar la resolución espontanea de la situación o de la crisis, pero en muchas ocasiones contribuye justamente a lo contrario, a un empeoramiento de la situación y a una desafección con los servicios de salud por su inaccesibilidad, culpándolos injustamente del eventual empeoramiento.

> Precisamente, el TPS puede contribuir a reforzar este acceso y facilitar la vinculación y la adherencia a los servicios de salud mental, favoreciendo la seguridad de la persona durante el proceso de espera. Por ejemplo, la restricción del acceso a métodos letales, está considerada por toda guía de práctica clínica y por la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) como la medida de prevención del suicidio más eficaz. El 90% de los intentos de suicidio en nuestro ambiente sociocultural se realizan mediante intoxicaciones farmacológicas. El consejo a un familiar de una persona en crisis suicida, de que restrinja el acceso a fármacos de la persona en crisis, garantiza la seguridad del paciente, sin importar quién lo aconseje.

> Esta mejora de la accesibilidad, y el aspecto más amigable, permite también impulsar desde el TPS acciones de rescate de la persona que está en un suicidio en curso, alertando directamente al SEM (Sistema de Emergencias Médicas).

> Del mismo modo que el TPS favorece el acceso de los pacientes a los servicios de salud mental, también contribuye a favorecer la seguridad de éstos tras una crisis, ofreciendo un soporte adicional a los servicios de salud. Durante una crisis vital, se pueden tener varias crisis suicidas. Se estima que entre el 36% y el 42% de los adolescentes que realizan un intento de suicidio volverán a repetir otro en los dos años siguientes[7]. The WHO BIC (briefintervention and

7. Bridge, J. A., Goldstein, T. R., &Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of child psychology and psychiatry, 47(3-4), 372-394.

8. Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., ... &Thanh, H. T. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bulletin of theWorld Health Organization, 86, 703-709.

contact)[8] es un programa de prevención con mayor evidencia en la reducción del suicidio que tratamientos psicológicos como la Terapia Cognitiva Conductual y tratamientos médicos como el Litio[9]. Consiste en una intervención de una hora con 9 contactos (presenciales o telefónicos) programados en los siguientes 18 meses. En prevención del suicidio, es tan importante una primera intervención en resolución de crisis como un seguimiento proactivo posterior. Por eso, la resolución de toda crisis suicida, debe ir acompañada de la elaboración de un plan de crisis y de seguridad, que se deben mantener vigentes mientras la crisis vital perdure. En este plan de crisis, la persona tiene que elaborar y comprometerse en una serie de acciones adaptativas diferentes a realizar un intento de suicidio. Desde la puesta en marcha del TPS, se incorpora en estos planes de crisis la llamada al TPS, como uno de los pasos adecuados a seguir en caso de crisis suicida. Por tanto, incluso para pacientes vinculados a servicios de salud mental, el TPS puede jugar un papel importante durante las horas en las que los centros están cerrados, noches y fines de semana. Pudiendo ser un paso previo antes que acudir a urgencias de los hospitales en caso de crisis resolubles, descargando de este modo los servicios de urgencias.

> Otra forma de impactar en la mejora de la seguridad de la persona en crisis es ofrecer apoyo y orientación a los familiares de la persona en crisis. La "Youth-Nominated Support Team (YST)", es una intervención con muy buenos resultados en la reducción de los intentos de suicidio[10]. Consiste en ofrecer apoyo a adultos que el adolescente ha seleccionado como sus referentes, los orientadores de estos adultos no tienen ningún contacto con el adolescente, ayudan a ayudar, orientan a los que ayudan. El TPS ofrece también esa orientación a los familiares de personas en crisis, ayudándolos a ayudar y orientándolos de cara a la resolución de esas crisis.

> La propia creación del TPS significa un avance respecto a la visibilización de una problemática tan sensible como el suicidio. Una acción que permite romper con el estigma y el tabú que ha rodeado al suicidio todos estos años. Poner en marcha un servicio de ayuda a una realidad, la hace verdaderamente real, y la visibiliza de la mejor forma posible, ofreciendo la vía de ayuda.

9. Riblet, N. B., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death bysuicide: meta-analysis of randomised controlled trials. The British Journal of Psychiatry, 210(6), 396-402.

10. King, C. A., Arango, A., Kramer, A., Busby, D., Czyz, E., Foster, C. E., &Gillespie, B. W. (2019). Association of the youth-nominated support team intervention for suicidal adolescents with 11-to 14-year mortality outcomes: secondary analysis of a randomized clinical trial. JAMA psychiatry, 76(5), 492-498.

> La creación del Comité asesor del TPS, nos ha permitido a los profesionales de primera línea en dispositivos de salud compartir con los voluntarios nuestra experiencia y participar en primera mano en su formación, incrementando la sensación de complicidad y de colaboración ante un reto tan importante.

La puesta en marcha del TPS, ha favorecido las acciones nombradas, pero también ha significado asumir los retos pendientes. Por una parte ha seguido su proceso de implantación mediante la participación del TPS en las Taules de Salut Mental de los distintos distritos de la ciudad de Barcelona, para favorecer que el recurso sea conocido por profesionales de la salud mental en general y por entidades que trabajan en la prevención del suicidio. Pero por otra parte, se ha visto involucrado en la necesidad de incrementar las redes de relación con todas las entidades sociales y de educación que, sabiéndolo o sin saberlo, están haciendo un trabajo extraordinario en la prevención del suicidio. Por supuesto hablamos de los EAPS (Equipo de Atención Psicosocial) y escuelas, pero también de entidades sociales y de bienestar, prelaborales, etc. En este sentido, sería muy útil disponer de un Código de riesgo suicido social (CRSS) que reuniera entidades con los recursos y la sensibilidad necesaria para ofrecer apoyo y oportunidad de participación a personas en riesgo de suicidio. De la misma forma que al activar el Código Riesgo Suicidio (CRS) de salud se realiza una vinculación urgente a la red de salud mental, al activar el CRSS se realizaría una vinculación preferente a estas entidades, cercanas al domicilio de la persona, capaz de favorecer y mejorar la participación de las personas en la comunidad. Todo esto como paso previo a otro verdadero reto, implementar esta red en la red, todos los avances que consigamos en el mundo real, tendrán que tener su implantación en internet, un mundo cada vez más real, al menos en sus consecuencias.

Héctor Grijalva

Médico neurólogo y psicoterapeuta. Catedrático universitario en México, España, Argentina, Chile y Panamá. Fundador de “Agua Clara”, de la Clínica Universitaria “La Concordia” y de “Casa de Vida”.

La problemática de la prevención del suicidio, experiencias y reflexiones

El suicidio es un misterio. Es un acto personal, propio de una gran individualidad, cometido por un ser humano contra sí mismo, aún así su repercusión es de un enorme impacto emocional en la familia, los amigos, los seres cercanos y en toda la sociedad.

La historia nos demuestra que este comportamiento ha acompañado a la humanidad desde su inicios más remotos y con ello nos damos cuenta de que las causas no pueden ser únicas. Los conflictos pasionales, las disputas familiares, los cataclismos sociales y políticos han sido muy diversos en las diferentes eras y culturas de la civilización. Y en todas ha existido el suicidio.

> “Los conflictos pasionales, las disputas familiares, los cataclismos sociales y políticos han sido muy diversos en las diferentes eras y culturas de la civilización. Y en todas ha existido el suicidio.

Resulta tan inexplicable que desde el más humilde labriego hasta el más culto académico han buscado precisamente eso, una explicación.

Desde luego no ha faltado quien asegure que esta acción está marcada por el destino, por la inevitables leyes del arcano; que son profecías que se cumplen o maldiciones que se realizan. Y son por lo tanto inevitables.

Felizmente el hombre nunca se ha resignado al dolor, a la enfermedad ni a la muerte. Desde el día que se irguió y comenzó a caminar sobre la faz de la tierra ha sabido que sus días están contados, que hay una línea final, un cierre de ciclo y aún así siempre ha buscado evadirlo.

La decisión de una persona de ocasionarse la muerte por mano propia, es inadmisible para quienes le rodean porque atenta contra el más sagrado de los instintos, el de la conservación de la vida.

Esto nos lleva a cuestionamientos existenciales.

El Suicidio ¿Es evitable?

Sí lo es. La experiencia lo ha demostrado. Es imposible saber cuando comenzaron las conductas de un familiar o amigo para impedir que un ser querido se quitase la vida. Pero lo más natural es que desde los albores de la humanidad, cuando una persona veía a otra intentando autodestruirse, haya intervenido para evitarlo.

Actualmente en todo el mundo existen organizaciones, grupos e instituciones dedicadas a prevenir el suicidio y los logros que han obtenido estimulan la creación de otros más.

Las vivencias nos lo confirman, el suicidio es prevenible.

¿Cuales son las estrategias para Prevención del Suicidio?

Fue la Medicina la que comenzó a realizar funciones para evitar el daño, ya fuese adquirido o autoprovocado. Y desde hace siglos se establecieron tres niveles de prevención. Describiremos ahora las etapas de evitación adecuadas al suicidio.

Prevención Primaria

Es la información. Se realiza mediante campañas en la que se advierte del riesgo, se notifican los centros de atención, se ofrece ayuda personal o profesional, se identifican los signos de alerta y se invita a conservar la vida. Puede hacerse mediante carteles, espacios en la radio, la television y las redes sociales. Es difícil de medir su impacto y su alcance. Puede ser efectuado por profesionales de la publicidad, de la comunicación o por grupos filantrópicos, clubes de servicio y en general toda persona que tenga la motivación suficiente, aún cuando no sea profesional de la salud.

Prevención Secundaria

También son campañas de información solo que realizadas ante grupos humanos. Se hacen mediante conferencias, reuniones, talleres, charlas informativas en escuelas, centros de trabajo, hospitales, agrupaciones de obreros, clubes civiles. Tiene un gran valor cuando se efectuan en sitios de alto riesgo, como en barrios marginales, áreas citadinas de bajo nivel socioeconómico, alta criminalidad o zonas conflictivas.

Prevención Terciaria

Es la intervención directa. Consiste en hacer contacto directo y personal con el presuicida. Puede hacerse mediante una llamada telefónica, una cita

en el consultorio del profesional de la salud o una conversación con un amigo, familiar o incluso un extraño que no sea profesional de la salud mental.

Prevención Integral

Lo ideal es que los tres niveles de prevención tengan unidad estructural. Pueden ser realizados los tres por una misma institución, ejemplo el Ministerio de Salud, o la Dirección de Salud Mental. Puede hacerlo también una agrupación civil, religiosa o académica. En el caso de que los tres niveles sean efectuados por instancias diferentes, entonces lo aconsejable es que se conozcan, colaboren y se apoyen.

La prevención del suicidio por vía telefónica ¿Es útil?

Sí. Es una de las mejores manera de prevenir el suicidio, ya que mediante la vía telefónica se puede cumplir con la Prevención Secundaria y la Prevención Terciaria.

Ventajas de la Prevención del Suicidio por Vía Telefónica:

- La persona en conflicto puede solicitar ayuda en cualquier momento, cualquier día y a cualquier hora. Por este medio puede recibirá el soporte, justo cuando la necesita.
- Hay una gran ventaja en recibir ayuda telefónica ya que la persona en crisis, puede recibir la asistencia desde su casa, su trabajo o cualquier sitio en el que se encuentre, sin necesidad de desplazarse hacia un hospital o centro de salud.
- Al pedir ayuda por vía telefónica puede sentirse en confianza, porque no ve a la persona que le asiste. Muchas personas se sienten cohibidas cuando expresan sus emociones o narran sus conflictos personales y de esta manera al hablar a alguien a quien no conoce y no ve, puede sentirse con mayor libertad.
- Acudir a buscar auxilio cuando se tiene ideación suicida, implica desplazamientos, suspender labores y tal vez gasto en pago de una consulta profesional. Al hacerlo por vía telefónica se obtiene tranquilidad de recibir apoyo sin costo.
- Cuando la persona está en demanda de atención y ser escuchado, una llamada telefónica le garantiza que tendrá el tiempo suficiente para expresar todo lo que requiera.

Problemática de la Prevención del Suicidio por Vía Telefónica:

Llamaremos a la persona que busca ayuda “El Solicitante” y a quien ofrece el apoyo lo nombraremos “El Asistente”

- El Solicitante puede sentir desconfianza de contar sus problemas íntimos a una persona que no conoce y además que no la ve.
- El Solicitante puede estar en crisis de angustia severa, profunda depresión o incluso en brote psicótico y por ello no ser muy claro al momento de describir su situación. Y tal vez necesite asistencia médica de manera urgente.
- Algunas personas tienen un canal de expresión muy visual o cinestésico. Dicen mucho con sus gestos, lenguaje corporal o incluso gustan de dibujar o escribir. Y por ello al teléfono, El Solicitante pudiera sentirse incómodo o limitado.
- Por otra parte existen personas cuyo canal perceptual es el verbal y tener un lenguaje abundante y disperso. Al tener la escucha garantizada pudiera ocurrir que El Soliciante hable demasiado, narre múltiples anécdotas sin relación y se extravíe hacia otros temas.
- El Asistente puede tener dificultad para controlar el lenguaje verborreico de una persona muy verbal. Es necesario que aprenda fórmulas para interrumpir y detener sin ofender.
- Es posible que también El Asistente utilice el lenguaje visual y cinestésico y tenga dificultad para comprender el conflicto de El Solicitante porque no ve sus expresiones faciales y su lenguaje corporal.
- El Asistente recibirá la queja, el dolor, la angustia y el proceso conflictivo que le ha descrito El Solicitante. Le brindará su asesoría de la mejor manera, pero es posible que algunos de los problemas que le fueron narrados, se parezcan a los suyos y le reactiven situaciones no resueltas. Es posible entonces, que El Asistente entre en angustia.
- En ciertas ocasiones El Solicitante interrumpe bruscamente la comunicación, por su problemática personal. O puede suceder que le diga a El Asistente, que no quiere seguir escuchando porque no le gusta lo que se le está diciendo, porque no le sirve o porque no es lo que deseaba oír. Y esto puede hacer que El Asistente entre en frustración o sentimiento de incompentencia.

Estrategias para manejar la llamada telefónica y dar un mejor auxilio. El Triángulo de Karpman en el Suicidio

El suicida como víctima

Este es el rol tradicional, la persona se mata porque no puede mas con su sufrimiento. Alguien o algo le ha causado su infortunio y le ha hecho víctima de su maldad. El autohomicida es el empleado injustamente despedido por un patrón sin alma, el amante bueno abandonado por la mujer maldita, el

hijo incomprendido por sus exigentes padres, el empresario que perdió su fortuna por culpa de la Bolsa de Valores, el alcohólico o adicto que se mata no por su vicio sino por la incomprensión de la sociedad, el artista sublime que no ha sido entendido por su anticuado y obsoleto mundillo cultural. El suicida víctima nunca se siente culpable o responsable. Siempre encuentra alguien a quien atribuirle su desdicha.

En las Categorías Diagnósticas de Jeffrey Zeig, sería un extrapunitivo porque alguien que no es él, siempre será el culpable. Será exteriorizado, porque las causas de sus problemas siempre las atribuye a lo que le hacen, lo que le pasa o lo que el ambiente le provoca. Suele ser un gran amplificador, ya que su vida la ve y la vive como una tragedia. Y en cuanto a la percepción de drama que lo lleva a intentar el suicidio, puede ser focalizado, como cuando acusa a una persona de su muerte. O también puede ser difuso, cuando echa la culpa al mundo, a la pobreza, a su depresión.

Las notas póstumas son legados de victimización. El fallecido suele dejar un texto incriminatorio donde acusa directamente a “alguien o algo” como la razón que tuvo para matarse.Son comunes las cartas donde se le reclama al amante por su abandono, al mundo por su injusticia o a la sociedad por su pobreza.

En nuestra ciudad, en 2013 se suicidó un policía y dejó una carta acusando a sus dos jefes superiores por malos tratos y discriminación laboral. Aún cuando la familia y compañeros de labores aportaron suficientes pruebas de su inestabilidad emocional, hubo de hacerse una investigación judicial para deslindar responsabilidades, con el consecuente escarnio social para los acusados y el descrédito para el Departamento de Policía.

Una chica empleada de una joyería, da por terminada la relación con su novio de 22 años informándole que se debía a su alcoholismo, incapacidad para encontrar empleo y el trato violento que le daba. Dos años después ella se casa con otro y el abandonado que continúa bebiendo y sin trabajar, se suicida ahorcándose en una reja frente a la casa de ella, después de haberle enviado un disco con la canción de Juan Valentín que a la letra dice :

Por tu culpa, nomás por tu culpa
hoy mi vida la traigo amargada,
me pagaste con la peor moneda
te entregaste a otro cuando más te amaba
por tu culpa nomás por tu culpa
ya mi barca perdió su destino,
tu retrato maldigo entre copas
y ahogo tu recuerdo en el mar de mi olvido.

La gran mayoría de los suicidios no ocurren como un acto espontáneo. Suele haber una ideación largamente meditada y el mismo momento del suicidio cuidadosamente pensado y diseñado. Aún cuando parezca simple como colgarse o tomar una sobredosis de medicamentos. Ha sido preparado desde mucho tiempo antes. Ese sufrimiento reiterado es victimoso. El suicida se toma días, meses o años en crear su rol de víctima. Se convence a sí mismo de que siendo víctima no tiene otra solución que serlo hasta el último de los días y por ello lo apresura. Elige cuidadosamente a su victimario, para que todo el mundo sobreviviente lo sepa, por ello deja su carta. Y cuando no deja la nota siempre se habrá tomado el cuidado de advertirle a las personas cercanas, sean familiares, amigos o compañeros de trabajo de que había algo o alguien que lo amenazaba.

Es frecuente que al ocurrir un suicidio, al lugar de los hechos llegan primero los periodistas y después los peritos forenses. Ya para cuando hacen su arribo los expertos, los reporteros han entrevistado a los parientes y les han hecho la pregunta obligada ¿Por qué se mató su familiar? Con inusitada frecuencia los interrogados responden “No sabemos, no nos lo explicamos. No tenía ningún motivo para hacer eso” Sin embargo durante la autopsia psicológica, encontramos que el desaparecido había enviado grandes cantidades de mensajes subliminales y otros muy claros. Tales como “yo no tengo para que vivir”, “a mí nadie me quiere” “yo no sirvo para nada” “no sé que hago aquí” y muchas otras expresiones similares, que provocaban sensación de compasión y movían a ofrecerle ayuda. Después hastío, hasta que terminaban por ignorarlo. Con ello confirmaba su rol de víctima y entonces tomaba la decisión. Una especie de reclamo “¿Ven como tenía razón”?

El suicida como victimario

La Dra. Hilda Marchiori reconocida criminóloga y victimóloga argentina y mexicana es responsable de la publicación de la revista anual “Victimología” que edita la Universidad Nacional de Córdoba. Hilda me hizo una gentil invitación a colaborar en el número correspondiente al 2004. El artículo se llamó “Análisis de la Nota Póstuma del Suicida” y revisamos algunos textos dejados como mensaje a familiares y autoridades por parte de quienes se habían suicidado. La conclusión final fue que en muchos casos la carta del fallecido era un reclamo. Aún cuando el tono suele ser humilde y exculpatorio, en el fondo expresa rencor, resentimiento e incluso deseos de venganza. En no pocas ocasiones incluyen maldiciones o profecías fatales.

La consabida frase “no se culpe a nadie de mi muerte” puede ser una fórmula protocolaria, más dictada por la tradición y la novelística que por el sentimiento real. Ya que en realidad el suicida que decide dejar una nota, es precisamente porque quiere culpar a alguien y que se conozcan los motivos

de su muerte. Mezcladas entre las líneas de amor y agradecimiento van expresiones de exigencia y rabia.

El suicida entonces se convierte en un agresor con alto grado de impunidad, ya que no hay manera de responder al daño que deja. Los familiares y amigos tendrán que cargar por siempre con su resentimiento, porque ya no habrá manera de regresarle la ofensa.

Algunas veces los textos son cartas de amor. Los familiares, amigos o personas supuestamente amadas pueden llegar a confundirse gravemente. El estudio de las líneas escritas revela que entre las expresiones de amor se esconde un gran resentimiento, odio o venganza. En ocasiones el escrito es tan poético que nadie se da cuenta de que oculta sentimientos destructivos.

Un joven de 14 años, albañil de oficio vivía con sus hermanos mayores y tenía a su madre viviendo en una ciudad lejana. Se ahorcó en un árbol cercano a su vivienda y dejó una nota que decía : "Madre querida te adoro, te amo, eres lo mejor de mi vida. Perdóname por lo que voy a hacer pero es que ya no puedo más. Solamente tres cosas quise en la vida, que te sintieras orgullosa de mí, estudiar y ser alguien en la vida. Como no lo he logrado mejor me voy. Ahí quedan mis hermanos, a ver si ellos pueden darte lo que yo no pude….madre querida, te adoro". Esta nota contiene la disculpa, el mensaje de amor y la atribución de responsabilidad por el acto. Sin embargo, haciendo un análisis de discurso se encuentra un claro reclamo. Cuando un joven de apenas 14 años le dice a su madre que no logró que ella se sintiera orgullosa y está frustrado porque no alcanzó las tres metas que cualquier muchacho normal, apenas estaría iniciando. Para concluír les deja la responsabilidad de cumplir la tarea a sus hermanos.

Aún cuando la nota parece exculpatoria e intrapunitiva, en realidad culpa a la madre de su mala vida y les deja a los hermanos la tarea de cargar con lo que él no pudo.

Un empleado alcohólico con empleo fijo, esposa y dos hijos se colgó en el patio de su casa. La nota póstuma rezaba "...Laura perdóname, tu no tienes la culpa…amo a Jenny pero nunca me animé a decírselo, no puedo vivir con este dolor...Laura me casé contigo sin quererte..siempre la he querido a ella" En una nota tan breve se encierra una tragedia. Un hombre que solo mediante su muerte se anima a decirle a su esposa que no la ama y le deja la amargura de decirle que lo hace por otra mujer. Para colmo confiesa que a la otra amada, nunca se lo dijo. Habrá ahora dos mujeres que se sentirán involucradas y culpables o avergonzadas, sin haber participado directamente en la decisión fatal.

Un hombre de 24 años se ahorcó en una casa donde vivía solo porque estaba separado de su esposa. Previamente se había herido en ambas muñecas y con su sangre escribió en las cuatro paredes "...Martha te amo, eres lo máximo...", "...no soy suficiente hombre para ti...", "...te quiero Martha pero no puedo contigo...", " ...yo soy el culpable de todo.." Aún cuando en dos de las paredes escribió frases liberadoras como Te amo y soy el culpable, en realidad el mensaje es agresivo para la esposa a la que culpa porque "..no soy suficiente hombre para ti y no puedo contigo..." Está recriminándole que es muy exigente y no termina por satisfacerla. Entonces ella es la verdadera culpable de su muerte. Por la atribución del daño a la mujer, el mensaje es agresivo, el suicida termina siendo victimario porque la esposa deberá cargar con la culpa por el resto de sus días. El fallecido omitió decir que la razón por la cual la mujer lo había abandonado fué porque era borracho, la golpeaba y no trabajaba.

En ocasiones la conducta violenta se lleva a ultranza cuando el suicida después de muerto, seguirá ocasionando daños.

Un hombre de 38 años había tenido un accidente de trabajo en el que perdió ambas manos. Como suele suceder en estos casos el Seguro Social le otorgó pensión completa. Sin embargo el individuo utilizó su evidente defecto físico para convertirse en limosnero. En un frecuentado crucero de grandes avenidas de la ciudad pedía dinero sosteniendo una gorra con sus muñones. Después de unos cinco años de verlo en esa situación, los habitantes nos enteramos por la prensa que su esposa se había suicidado ahorcándose. En su nota de despedida le acusaba de ser un maltratador. Se quejaba de que la golpeaba, no le daba suficiente dinero y además no había aceptado planificar la familia, de manera que tenían seis hijos. La noticia causó consternación. La sociedad se preguntaba ¿cómo había sido el hombre capaz de golpearla si carecía de manos? Dos meses después él también se ahorcó. De alguna manera se ingenió para tender el lazo y colgarse. Mas impresionante fue el hecho de que escribió una nota póstuma. En ella dejaba a sus seis hijos repartidos, a cada uno de sus hermanos le encargaba a dos de sus chicos. El tono del texto era lastimero y querulante. Pero a final de cuentas, el suicida era un gran dañador, primeramente había lesionado a una sociedad haciéndose pasar por indigente cuando recibía una pensión, golpeaba a su esposa y para cerrar el capítulo cargó a sus hermanos con sus hijos, responsabilizándoles de su educación, alimentación y todo su futuro.

Un policía casado y con hijos entró en relación sentimental con una compañera policía. Ella también era casada, pero su esposo vivía y trabajaba en Estados Unidos. El romance duró dos años y el lugar donde se citaban era en la casa de ella. Cierto día, la mujer le avisa a su compañero que el marido

ha regresado y que por lo tanto su amorío deberá terminar. El insistió en continuar como lo habían estado haciendo y ella reiteradamente se negó. Otro día, cuando la mujer se encontraba trabajando, el amante que tenía llave de la casa, entra en ella, se acuesta en la cama matrimonial y con su arma de cargo se dispara en el corazón. Es fácil imaginar el enorme daño que causó a varias personas. A su esposa e hijos que se enteraron de esta manera trágica que su esposo y padre había tenido una relación ilícita. La amante que tuvo que explicar que hacía el cadáver de ese hombre en su propia cama y el marido que recién regresaba para reintegrarse a su vida familiar y se encuentra que era engañado y además burlado por el seductor, que incluso se dio el gusto de hacerle una broma pesada.

Concluimos entonces que el suicida en su último recado deja un mensaje para que el destinatario se sienta culpable y por ello sufra toda la vida. Frases tales como : "...ya que no me quisiste...", "...en vista de que no te importo...", etc.

También suele dejar exigencias por cumplir como: "...cuiden a mi madre...", "...ahí te encargo a mis hijos...", "...ojalá que no me olviden...", etc.

La nota póstuma puede contener también profecías o maldiciones como "... nunca me olvidarás...", "...no te voy a dejar descansar...", "...nadie te amará como yo lo hice...", etc.

Esto debe hacernos pensar que el suicida no es una víctima estrictamente. Al irse dejando tras de sí reclamos, exigencias y maldiciones entonces se convierte en un victimario porque lesiona a los sobrevivientes, particularmente a los involucrados en la nota. Luego entonces quedan las ofensas guardadas en la memoria de los familiares, la amante o cualquiera de los mencionados en el mensaje.

El suicida como salvador

La muerte voluntaria tiene también usos místicos, filantrópicos o patriotas.

Este tipo de suicida tiene nombre propio, se llama Mártir. Prácticamente todas las religiones, regímenes políticos, ideologías y naciones tiene una larga lista de hombres y mujeres que dieron su vida (una manera suave de nombrar al suicidio) por una causa y eso es martirio.

Algunas personas se quitan la vida porque creen que con ello le evitan sufrimientos a sus familiares, a su pareja. Suele verse en las personas que tienen enfermedades terminales o crónicas con mucho gasto en medicamentos, hospitalizaciones o que requieren de muchos cuidados como los paralíticos.

Experiencias y reflexiones

Con base en la experiencia adquirida en nuestro Centro de Atención Telefónica para la prevención del suicidio, ofrezco las siguentes sugerencias:

- El sustrato fuerte de un equipo de ayuda está en "El Asistente" quien debe ser una persona muy protegida, apoyada y acompañada por profesionales de la salud mental.
- La Prevención Primaria es esencial. Debe hacerse una campaña permanente de información y difusión del servicio que se ofrece. Conviene posicionar el nombre "Esperanza de Vida" en redes sociales, carteles, radio y televisión para que todas las personas lo identifiquen y piensen en el servicio.
- La Prevención Secundaria también es muy necesaria. Promotores del mismo grupo ya sea personalmente o a través de videos pueden presentarse ante grupos sociales como empresas, talleres, sindicatos, clubes sociales, grupos escolares dando a conocer el servicio que se ofrece. Destacando que "…el suicidio es evitable…"
- Es muy conveniente que el grupo "Esperanza de Vida" tenga un soporte institucional con hospitales y centros de salud oficiales, del Ministerio de Salud o de alguna agrupación académica, tales como Hospitales Universitarios, para la continuidad de los casos y para la solución de los casos graves.
- Cuando se presentan casos urgentes, como aquella persona que llama avisando que ya ha ingerido tabletas o venenos, o quien se ha ocasionado heridas, o se halla al borde de una altura o a punto de colgarse; es importante contar con una conexión a servicios de rescate, para la intervención oportuna. El Asistente puede mantener a El Solicitante en la línea y detener su intento, hasta que sea rescatado.
- El Asistente, requiere una capacitación constante para fortalecer su estado emocional. Y en los casos en los que se ha sometido a un estrés intenso, recibir terapia psicológica.

Todo presuicida, aún cuando ha recibido terapia, puede volver a intentarlo. Es importante un programa de seguimiento.

Cecília Borràs

Presidenta fundadora de la asociación: "Després del Suïcidi - Associació de Supervivents (DSAS)" en Barcelona. Doctorado en Psicología de la Universidad de Barcelona, docente en diferentes instituciones.

> "Los supervivientes anhelamos haber tenido esa última oportunidad de haber hablado antes. En el fondo es el deseo de haber salvado a nuestra persona querida.

Después del suïcidio

La muerte se ha convertido en noticia diaria debido a la pandemia de la COVID19. Los datos nos acercan diariamente a una gravedad de escala mundial: una infección vírica que puede provocar la muerte necesita de indiscutibles medidas de prevención para evitar los contagios y así fallecimientos.

Las estadísticas sobre el suicido nos muestran la realidad de un hecho social pero no la explican. Nos dan a conocer la magnitud de un importante problema de salud, prácticamente un millón de muertes al año en el mundo, más de 3.500 en España, algo más de 500 en Cataluña. Estas cifras ahondan la soledad del dolor de los que hemos vivido una muerte por suicidio, los supervivientes: "¿y no se hace nada?", "la televisión, los medios… no lo dicen...", nos dicen cuando en estado de shock acuden a nuestra entidad.

Aportar sólo datos a los medios de comunicación con el objeto de concienciar socialmente puede resultar difícil dada la complejidad de la conducta suicida. Sería empobrecer una realidad imposible de captar en su significado más profundo.

Las abrumadoras cifras sobre el suicidio pasan desapercibidas, posiblemente porque no van seguidas del anuncio de medidas de prevención necesarias para evitar estas muertes. De ahí la fugacidad del dato en la memoria colectiva, aunque se publiquen anualmente.

Además, había un acuerdo tácito en los manuales de estilo de los medios de comunicación para no hablar sobre el suicidio, bajo el miedo al contagio, llamado Efecto Werther[1]. Este acuerdo se rompió en nuestro entorno el 26 de octubre del 2012, el

1. Se conoce como Efecto Werther el hecho de quitarse la vida porque alguien otro se la ha quitado. El nombre de este efecto procede de la obra de Goethe Las penas del joven Werther, donde el protagonista sufre tanto por amor que acaba quitándose la vida(N de la T).

La historia del suicidio no es más que una historia del dolor, o major dicho, una historia individual y social del dolor.

Ramón Andrés, Semper Dolens

Diario de Sevilla titulaba: "Un hombre se suicida horas antes de ser desahuciado". A partir de entonces, surgieron más titulares en la misma línea dando a entender a la población la vinculación del suicidio con ruinas, perdidas de trabajo, desahucios... Titulares que establecían el suicido como un "simple" efecto causal, incluso presentando esta conducta equivocadamente como una "solución" a un problema de salud o situación personal.

La situación de crisis económica de entonces mostraba una cara amarga y dolorosa: personas, probablemente con cierta vulnerabilidad previa y ante la ausencia de recursos y soporte, eran la noticia. Las vidas de personas anónimas fallecidas por suicidios estaban fatalmente destinadas a ser noticias contadas por su trágico final.

La situación vivida por la pandemia de la COVID19 extiende sus consecuencias a una situación llamada sindémica por la concurrencia de los factores sociales y personales que la propia epidemia tiene y tendrá en cada uno de nosotros.

No podemos obviar la alta vulnerabilidad emocional y el riesgo que puede conllevar a conductas suicidas. Cuantas más conductas suicidas haya, más probabilidades habrá que se sigan produciendo. Esto es porque todo comportamiento no solo necesita legitimación, sino que simultáneamente todo comportamiento crea legitimidad por el mero hecho de su existencia y repetición[2].

El suicidio no es nunca una solución, aunque sea percibido subjetivamente por quien en ocasiones había verbalizado: "No puedo más" o "Estaréis mejor sin mí". Pensamientos que obedecen a una percepción subjetiva y distorsionada de la persona que se encuentra atrapada en su situación laberíntica en la búsqueda claudicada de soluciones o salidas en su malestar emocional.

Ese malestar emocional nos conmociona profundamente entre los que nos quedamos, en un sentimiento frecuente y sostenido de culpabilidad: "No supe ayudarlo/la", "No supe protegerlo/la", "No he estado a la altura" o "No

2. Cardús, S., & Estruch Gibert, J. (1988). Plegar de viure: Un estudi sobre els suïcidis. Edicions 62.

sabía o no había visto su sufrimiento". Nos confunde y perturba a la vez la percepción de la persona fallecida por suicidio hacia nosotros mismos, cuestionándonos con su muerte nuestra capacidad de ayuda que le hubiésemos podido brindar.

A través del testimonio de personas que han estado en ese límite vital nos explican que existe una dificultad en la comunicación, cuando la persona se va alejando de aquello que le interesa, que le gusta y que le ata a la vida. Se va insidiosamente, sin sentirlo, de las relaciones con los otros y hasta de sus necesidades para vivir. Todo ello de forma casi imperceptible, en el día a día, vivido por los de su alrededor como un tiempo de tristeza y temporalidad. Sin embargo, la persona se aleja también de su capacidad de comunicación.

Existe miedo, por otro lado, a compartir los pensamientos de hacerse daño a sí mismo. Hablarlo, convertir los pensamientos en palabras de aquello que se imagina o piensa se convierte entonces en una plausible realidad, con el temor que no se le tome en serio, y que la persona sea juzgada por lo que dice, por lo que sabemos de ella o por lo que esperamos de ella.

Los supervivientes anhelamos haber tenido esa última oportunidad de haber hablado antes. En el fondo es el deseo de haber salvado a nuestra persona querida. Imaginamos en nuestro proceso de duelo como podría haber sido esa conversación y como todo podría haber sido diferente a partir de ella. Nuestro camino es buscar siempre algún escrito, alguna nota para comprender: "Inútilmente busco durante meses una carta que me hable de sus tristezas, un diario, alguna nota perdida, doblada en algún bolsillo, en la billetera. Mientras hurgo en sus cosas, me siento como una madre entrometida y me avergüenzo"[3].

Aquellos supervivientes que han tenido la "suerte" de tener esa nota (sólo un 15% dejan una nota o mensaje) vivimos sentimientos encontrados, ambivalentes "si me dices que me quieres, ¿por qué lo has hecho?". O bien puede estar escrita en un momento en que el pensamiento desordenado, sin compresión y en casos extremos es bizarro. Según Critchley, las notas son un intento de entablar una comunicación y son también un signo de que la persona no quiere morir sola, sino en compañía del destinatario de la nota[4].

Las notas de despedida han evolucionado como lo han hecho las formas de comunicación. En los últimos años, se ha utilizado en muchos casos un instrumento tecnológico, un teléfono sea por mensajería (SMS), actualmente por WhatsApp mediante mensajes escritos, de voz, vídeos e incluso a

3. Piedad Bonnett (2013). Lo que no tiene nombre. Ed. Alfaguara.
4. Simon Critchley (2015) Apuntes sobre el suicidio. Ed. Apha Decay.

través emoticonos como sutil despedida. Existen ejemplos, principalmente entre jóvenes, del uso de las redes sociales como testimonio del último mensaje. El teléfono está presente en nuestras vidas como un medio de comunicación impensable tan sólo hace 10 años.

Disponemos, por fin, en el S. XXI de un canal de comunicación, una línea de teléfono orientada, preparada y de fácil acceso para que las personas puedan hablar, compartir, sin el temor a ser juzgadas, capaces aún en ese estado de ambivalencia ante un camino sin retorno, busquen y deseen en el fondo ser salvadas.

Los supervivientes vemos la oportunidad en el Teléfono de Prevención del Suicidio que ofrece la Fundació Ajuda i Esperança, aquella oportunidad que nosotros no tuvimos o no nos dejaron tener. En EE.UU. se llama la "Línea de la Vida" (Life Line) donde el suicidio es la segunda causa principal de muerte entre los jóvenes de 10 a 24 años, un dato estremecedor que nos debe hacer reflexionar a todos como sociedad globalizada.

El suicidio entristece el pasado y cancela el futuro y depende de manera regular e inteligible de magnitudes que caracterizan el estado de una sociedad[5]. A diferencia de la situación vivida hace años, los medios deben abordar este tema para que la sociedad tome conciencia de su existencia y gravedad, ofreciendo información de las medidas de prevención activas, en un trabajo transversal hacia una sociedad madura que sin tabús puede decir: "si te encuentras en una situación difícil, llámanos. Hablar puede salvar vidas".

En el S. XVIII Mozart en La Flauta Mágica nos enseñó cómo hablar salva una vida. Potenciemos entre todos ese Efecto Papageno.

5. Cristian Baudelot y Roger Establert (1984) Durkheim y el suicidio. Ed. Perfiles Claves.

6. Se conoce como Efecto Papageno el hecho de confrontar una persona de conducta suicida con otras personas que pasaron por la misma situación, no llevaron a cabo el suicidio, y se salieron. El nombre de este efecto proviene de uno de los personajes principales de la ópera La Flauta Mágica, de Mozart, un hombre humilde que intentará suicidarse a lo largo de la obra y a quién tres duendes acaban convenciendo que no lo haga, y le enseñan otras alternativas y posibilidades (N de la T).

Las necesidades de apoyo de los miembros de la familia que cuidan de una persona con conducta suicida

Clara Rubió

Superviviente y activista para la concienciación sobre el suicidio. Presidenta ACPS, asociación de apoyo a los familiares que conviven con personas con conducta suicida. Diplomada en Trabajo Social, Máster en Conducta Suicida.

> “Es importante preguntar en qué se puede ayudar, siempre posponer el momento y tratar de ganar tiempo para buscar alternativas.

En el presente artículo compartiremos la experiencia de la Asociación Catalana de Prevención del Suicidio en el servicio de atención y apoyo a familiares y amigos de personas en riesgo de suicidio en la ciudad de Barcelona, un recurso innovador en la atención social de este colectivo. Con esta experiencia también queremos dar voz a la importancia del rol del asociacionismo en la prevención del suicidio, fenómeno que, según los últimos datos oficiales del Instituto de Estadística de Cataluña (Idescat) de 2018, fue la causa de 522 muertos.

Nuestra historia refleja el tabú y los prejuicios que rodean al suicidio, no solo para las personas que morían por esta causa, sino también para sus familiares y entorno. Recordemos que hasta el siglo XVIII, la legislación civil de casi todos los países castigaba el suicidio con las penas más graves, que casi siempre impactaban en los familiares de la persona que había fallecido por suicidio.

En el año 2019 en Cataluña, según el Código Riesgo Suicidio se llevaron a cabo 4.486 tentativas. Cada una de estas tentativas impacta de una forma directa en el entorno de la persona en riesgo (familiares y amigos con los que convive, ámbito laboral, entorno social, etc.). La realidad es que no existen herramientas suficientes para que estas personas puedan desarrollar estrategias de afrontamiento de la problemática.

Aunque existe un número reducido de estudios sobre el impacto de la conducta suicida en los fa-

miliares y cuidadores directos, encontramos algunas aproximaciones en el estudio “El estigma del suicidio: vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis”[1] donde se concluye que la vivencia del intento de suicidio conlleva la aceptación de la enfermedad tanto por parte del paciente como del familiar, produciendo un cambio en la imagen personal, familiar y social. Además, el estigma en relación con los propósitos de suicidio, aumenta el sufrimiento individual y familiar, dificulta el uso oportuno de los servicios de salud, la búsqueda de ayuda y, por tanto, la evolución del proceso. Otros estudios internacionales[2] concluyen que la carga que conlleva, para los cuidadores de personas en riesgo, es una sensación permanente de preocupación por las posibles tentativas que llevarán a cabo sus familiares, impactando en las actividades del día a día (por tanto, en su calidad de vida) y el nivel de impotencia y angustia es profundo, llegando a necesitar apoyo psicológico para afrontar la convivencia con el familiar en riesgo. Estos estudios confirman lo que los familiares y entorno nos trasladan en las visitas y consultas al servicio de atención.

Por lo tanto, es evidente que los miembros de la familia y otros cuidadores son grandes impactados de esta problemática, pero también son, a la vez, actores principales en la prevención del suicidio, y tienen un papel clave en el proceso de recuperación de su familiar. Según el estudio “The unmet support needs of family members caring for a suicidal person”[3], en el que se realizaron 18 entrevistas cualitativas con participantes que convivían con un familiar con conducta suicida, se identificaron principalmente cuatro necesidades no satisfechas: tener apoyo práctico (a través de consejos); sentirse reconocidos e incluidos en la terapia y el acompañamiento; tener a alguien a quien recurrir, y consistencia del apoyo por parte de la red de profesionales con los que habían estado en contacto (policías, médicos, enfermeros, etc.).

Según la OMS, el apoyo familiar es uno de los principales factores de protección en la conducta suicida, del mismo modo que pertenecer a una familia con altos niveles de hostilidad se convierte en un factor de riesgo muy importante. Cuando una persona detecta en su familiar una o más señales de alerta, o piensa que su familiar se encuentra en una situación potencial de riesgo suicida, deberá poner en marcha diferentes estrategias que serán clave en la prevención.

Los familiares pueden ayudar a aumentar los factores protectores de la vida de una persona, por ejemplo, ayudando a desarrollar habilidades para la

1. Ferré-Grau, C., Montescó-Curto, P., Mulet-Valles, M., LLeixá-Fortuño, M., Albacar-Riobó, N., & Adell-Argentó, B. (2011). El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. Index de Enfermería, 20(3), 155-159.

2. McLaughlin, C., McGowan, I., O'Neill, S., & Kernohan, G. (2014). The burden of living with and caring for a suicidal family member. Journal of Mental Health, 23(5), 236-240.

3. McLaughlin, C., McGowan, I., Kernohan, G., & O'Neill, S. (2016). The unmet support needs of family members caring for a suicidal person. Journal of Mental Health, 25 (3), 212-216.

vida y relaciones de apoyo. También pueden proporcionar apoyo durante una crisis suicida, animar a la persona a buscar y cumplir el tratamiento, y ayudar a mantenerla segura durante los períodos de crisis.

Es en este contexto en el que nació el servicio de atención a familiares y amigos, que tiene por objetivo acompañar a aquellas personas que conviven actualmente con algún familiar que ha llevado a cabo una conducta o ideación suicida, así como personas en riesgo que buscan recursos adicionales para ellos y/o para su entorno.

Nuestro punto de atención y acompañamiento a familiares de personas en riesgo

Desde el año 2012 ofrecemos un punto de atención que nace de la necesidad que identificamos desde la experiencia y desde las peticiones de ayuda recibidas. Cuando teníamos que afrontar una conversación difícil con un ser querido, cuando teníamos que afrontar un acompañamiento post-urgencias, etc., nos encontramos solos y sin un asesoramiento claro de cómo afrontar este proceso. Además, el tabú en estas situaciones nos lleva a no compartir la problemática con nuestro entorno social o laboral, generando aún más angustia en nuestro día a día. Muchas preguntas surgen en torno a “qué puedo hacer para ayudar a mi familiar”.

Para dar respuesta y herramientas a estas personas nació el punto de atención, del cual hemos aprendido las principales preocupaciones que este colectivo tiene en su día a día. Las dividimos en cuatro bloques principales:

Cómo puedo afrontar mi necesidad de controlar la situación

La consulta más habitual al servicio (un 95% de los usuarios atendidos) es sobre cómo manejar la angustia que los familiares sufren en el momento de afrontar el control de la situación, a fin de evitar cualquier conducta por parte de su familiar. El hecho de que la otra persona sienta que es una carga también genera sensación de angustia y sentimiento de culpa.

Debemos aceptar que no podemos controlar la situación. Es un riesgo que existe porque es una conducta que solo controla la persona que lo quiere hacer. El rol de los familiares es acompañar a la persona, junto con una intervención médica adecuada.

Sin embargo, identificamos la necesidad de ofrecer más recursos sociosanitarios para asegurar el seguimiento proactivo después del alta, así como la mejora en la información facilitada a los familiares referente al Código

Riesgo Suicidio. Únicamente un 5% de familiares tienen conocimiento del protocolo y desconocen si sus familiares forman parte de él.

Cuál debe ser mi relación terapéutica con el profesional

La mayoría de familias de personas que han llevado a cabo una tentativa de suicidio nos trasladan que no han compartido abiertamente con el profesional la palabra “suicidio”, o bien que no tienen contacto con los profesionales que atienden a su familiar. Sabemos que por ética profesional no se habla con la familia sin el paciente delante, pero también es importante que la familia sepa que es posible contactar el médico/psicólogo, y que se valide con el paciente el hecho de compartir el contenido de la terapia, reforzando al mismo tiempo la adherencia al tratamiento.

Cómo puedo afrontar la convivencia tras una tentativa

Después de un ingreso/tentativa, queda mucho trabajo por hacer. Debemos vivirlo como una convalecencia, dejando espacio al paciente y generando espacios positivos (por ejemplo, cocinar algo especial, comprar detalles, etc.). Hay que consensuar con los profesionales las pautas de actuación, así como las conductas que deben evitarse, y conocer el plan de tratamiento y qué rol tenemos que tener. Otra recomendación muy útil es asistir a asociaciones y grupos de apoyo, a fin de encontrar un espacio de confianza y comprensión que ayude a disminuir el estrés de estas situaciones.

Qué puedo o no puedo decir en las conversaciones difíciles en las que mi familiar manifieste su voluntad de morir

El 80% de los usuarios tienen habitualmente conversaciones difíciles en las que hay que afrontar que su familiar verbaliza la voluntad de morir, y no tienen información al respecto. Es necesario que sepan que lo más importante es facilitar una escucha auténtica, entender más en detalle lo que la persona siente, y profundizar, aceptando sus pensamientos y sentimientos. Es importante preguntar en qué se puede ayudar, siempre posponer el momento y tratar de ganar tiempo para buscar alternativas.

Para concluir, creemos fundamental el rol de la red asociativa para ofrecer recursos de apoyo basados en la proximidad y experiencia, ya sea en la prevención (acompañamiento) o posvención (duelo) del suicidio, con el objetivo de reducir la mortalidad. Trabajando en red entre la administración pública, las entidades y las organizaciones privadas, debemos asegurar la continuidad asistencial para dar el apoyo necesario a las personas en riesgo y a su entorno.

Mesa redonda

Participantes

Esperança Esteve
Directora Fundación Ajuda i Esperança

Josep Oriol Pujol
Director Fundación Pere Tarrés.

Joan Berenguer
Director Fundación Mémora

Javier Martínez Gómez
Director Fundación Acción Social Infancia, (FASI) y secretario de la Fundación Ajuda i Esperança

Gemma Pinyol
Directora de Políticas Migratorias en Instrategies e investigadora asociada GRITIM-UPF

Albert Quiles
Director Fundación Amigos de los Mayores

Oriol Homs
Relator

Sergi Garcia, Joana Homs, Josep Herrero, Ramón Tous, Cristina Molina, Nekane Navarro, Ana Gonzalez, Mireia Anglès, Sònia Burguesa, Zoraida Benzal, Clara Campañá.
Miembros del patronato y equipo de la Fundación Ajuda i Esperança

El 17 de febrero de 2021 se organizó una mesa redonda con responsables de instituciones sociales dedicadas a la atención de población vulnerable con las que la Fundación Ayuda y Esperanza comparte objetivos y establece colaboraciones para llevar a cabo sus programas.

El objetivo de la mesa redonda manifestado en las palabras introductorias de Esperança Esteve, directora de la Fundación, y de Oriol Homs, director del Observatorio de la Esperanza, fue compartir reflexiones sobre la problemática social que sufren las personas atendidas por los servicios de la Fundación.

Oriol Homs: La primera cuestión que queremos compartir es la reflexión sobre la evolución del estado de bienestar hacia la sociedad de los cuidados, en la que, además de los aspectos materiales para hacer frente al infortunio, hay que construir mecanismos de apoyo y ayuda para atender las necesidades más espirituales de la persona y conseguir niveles más eleva-

dos de felicidad para todos. ¿Cuáles son los límites del Estado del Bienestar y qué propuestas habría que promover?

Joan Berenguer: Yo pienso que tenemos un modelo de sociedad que conlleva una dinámica con valores que seguramente se alejan de lo que aún falta, que vivimos unos cambios que se producen de una manera muy acelerada, y que tenemos una imagen de lo que es idílico dentro de esta sociedad que pienso que está totalmente desenfocada de acuerdo con lo que creo que sería necesario. La demografía está llegando a cambiar las pirámides de población porque la gente estamos envejeciendo, y esto conlleva lo que todos conocéis: dependencia, pluripatologías de todo tipo, problemas mentales muchísimas veces... Aunque yo sigo defendiendo que envejecer es una oportunidad, la esperanza de vida de comienzos del siglo XX no tiene nada que ver con la que tenemos a comienzos del siglo XXI.

Gemma Pinyol: Me ha parecido muy interesante la reflexión sobre si realmente estamos en un tercer nivel de Estado del Bienestar, porque yo creo que en realidad nos encontramos en una situación donde pasan cosas que a su vez son contradictorias. Es decir, creo que sí existe una reflexión abierta sobre niveles avanzados de atención en el estado de bienestar, cómo podemos enriquecer las prestaciones de servicios que hacemos a la ciudadanía, pero por otra parte estamos perdiendo muchos servicios públicos y están llegando cada vez a menos gente. Es decir, vemos por un lado cómo debilitamos el estado de bienestar, y por otro intentamos fortalecerlo o especializarlo en algunos otros ámbitos. Creo que estas tensiones que vivimos, principalmente, las sociedades democráticas occidentales, plantean muchos retos, que tenemos sobre la mesa, y no creo que nos estemos planteando cómo podemos lograr salir correctamente. El envejecimiento es uno, pero no es solo eso: somos una sociedad mucho más diversa de lo que reconocemos, que las prestaciones de servicios que hacemos no siempre encajan o no llegan a toda la ciudadanía, que hay muchos grupos de personas que cada vez tienen menos la sensación de que están siendo atendidas, y si mirais los resultados electorales, mucho de lo que está pasando en Europa se explica por el crecimiento de discursos fáciles y populistas que parece que dominen soluciones fáciles a problemas complejos, etc. Se están enviando mensajes contradictorios, y eso creo que hace que buena parte de la población cada vez se sienta menos vinculada a la idea de comunidad compartida, donde la idea sería que todos pudiéramos cuidar mutuamente de manera genérica.

Javier Martínez: Yo respecto de la pregunta si el Estado del Bienestar va hacia un sentido o hacia otro, yo creo que seguramente hay muchas olas oscuras cuando hablamos del Estado del Bienestar, en el sentido de que si fuera un Estado del Bienestar en el sentido clásico de la palabra, no es-

taríamos hablando de una renta básica, que es una demostración de que el Estado del Bienestar no funciona para algunos colectivos y para algunas capas sociales.

Por otra parte, esto también entronca con el hecho de que la idea inicial de los servicios sociales universales al final se ha quedado en unos servicios sociales enfocados básicamente a unos colectivos a los que podemos llamar "colectivos con vulnerabilidad"" que son los que reciben estos servicios sociales. Pero hay una gran capa de población que podría utilizar estos servicios sociales, y aquí introduzco un tema del que también quizá podríamos hablar, que es el tema del estigma, y que por este estigma no los utiliza.

Oriol Pujol: Sugiero una puntualización, hablaría de sociedad del bienestar, no de Estado del Bienestar, sino del conjunto de la sociedad que incluye el estado y que comprende la sociedad civil. Y haría una división entre unas necesidades más de orden material que nos puede cubrir este Estado del Bienestar: salud, educación, servicios sociales, pensiones... con todas las limitaciones que ya se han apuntado, como el hecho de que no llega a todos los que hacen necesarios determinados paliativos, y luego hablaría de unas necesidades más *soft* de las personas: emocionales, de sentido trascendente a la vida, de realización, de sentido mismo de la vida .. que difícilmente pueden ser cubiertas por la Administración, por el Estado del Bienestar, que antes eran resueltas con más o menos éxito por el entorno social y que hoy, en un entorno social más débil donde las personas quedamos más aisladas, aunque nos comunicamos en cuestiones concretas desde las redes sociales, seguimos necesitando este apoyo social que nos puede dar una buena vecindad en determinados medios, y en otros solo lo podemos dar o solo lo damos con éxito las entidades sociales.

Albert Quiles: Sí, estoy muy de acuerdo con la distinción de las dos necesidades diferentes: las que son más de tipo material, y que yo incluiría la asunción de los derechos... es decir, ¿cómo garantizamos los derechos de las personas? Algunos pues sí son para garantizar la vivienda, pero otros no serían tanto derechos para obtener cuestiones materiales. Sobre la parte de estas necesidades más emocionales de las personas, yo quería compartir la referencia de un documental que a mí me impactó muchísimo, en 2016, hace 5 años (https://www.bbc.co.uk/programmes/b06vkhr5). Es un documental de la BBC en Inglaterra, que se titula "The Age of Loneliness", traducido "La edad de la soledad", ya mí me hizo reflexionar como director de Gent Gran porque exponía toda una serie de testimonios, todos ellos de personas de diferentes edades, este es "el quid de la cuestión", de diferentes edades que no se sentían bien, que no se sentían satisfechas. Salía por ejemplo, una madre que acababa de tener hijos pequeños, que estaba viviendo en una casa muy bonita, alrededor de Londres, pero que únicamente

tenía relación con sus hijos porque su marido viajaba mucho, se sentía profundamente mal y se sentía mal por sentirse mal, ¿me explico? Entonces, claro, ella no podía quejarse, tenía una casa preciosa con unos jardines, con dos hijos saludables, con un marido con un trabajo... pero ella no era feliz. Y entonces es aquí donde viene el tema de cómo vinculamos la cuestión de las necesidades que tenemos como seres humanos más materiales, las relacionales, y luego la parte más existencial.

Oriol Homs: Por lo que habéis estado diciendo me parece que coincidimos en que no estamos en los mejores momentos de la sociedad del bienestar, de los equipamientos y de los servicios del Estado que se han montado durante estos años porque hay restricciones y porque hay marchas atrás, pero al mismo tiempo, estamos abriendo un nuevo espacio en el que somos conscientes de sus límites. Aunque fuera perfecto este Estado del Bienestar, tendríamos a unos individuos que seguirían teniendo unos límites de relación y de arraigo social que generan tensiones, soledades, angustias, sufrimientos, etc. y que quisiéramos abordar. Hasta ahora pensábamos que de eso se encargaba la sociedad, la comunidad, pero no estoy del todo convencido, quiero decir en parte sí, pero por otra parte la vida de nuestros abuelos y de nuestros bisabuelos, con más relaciones comunitarias, también estaba llena de sufrimiento y tensiones. Por lo tanto, si lo miramos de una forma positiva, podríamos decir que queremos ir más allá en este Estado del Bienestar, para cubrir no solo los aspectos materiales sino también entrar en cómo organizamos el apoyo comunitario y personal a los individuos del siglo XXI que también sufren como sufrían los del siglo X, pero que ahora nos preocupa esto y lo queremos asumir. Antes este apoyo era dado por la comunidad y ahora lo queremos construir. ¿Qué opináis? Es decir, la pregunta que me hago es: ¿tenemos individuos más débiles ahora que hace 30 o 40 o 50 años? O los tenemos más fuertes pero no suficientemente fuertes para vivir con pocas raíces comunitarias, es decir, que la tendencia a querer “individuos más fuertes” ha llegado al límite y lo que necesitamos es reforzar la comunidad para que estos individuos que son mucho más fuertes que antes, pero no son dioses, no son perfectos, puedan vivir felizmente. Y por lo tanto en lugar de oponerse individuo y comunidad, ¿lo que tenemos que hacer ahora es intentar integrar ambas cosas fortaleciendo más al individuo, y al mismo tiempo orientarlo más hacia la comunidad? ¿Estaríais de acuerdo con este planteamiento o no?

Joan Berenguer: Pienso que el planteamiento es muy importante. Nosotros defendemos y yo defiendo, que ha habido una corriente, yo no sé decir si social, política o de lo que sea, a expensas de situar la individualidad como la máxima expresión de la libertad de la persona. Frente ello, el modelo de sociedad, en estos momentos potencia e impone como la máxima expresión del éxito el producir y el competir, y nosotros somos los que de-

fendemos que, frente al producir, debemos servir, y frente al competir debemos cuidar, es decir, tenemos que pasar del producir y competir al servir y cuidar. Es aquí cuando aparece la idea de que la sociedad tiene que entender que todos debemos ser cuidadores entendiendo que todos hemos sido cuidados cuando hemos nacido y muy probablemente necesitaremos cuidados o atenciones cuando nos muramos. Esta función cuidadora no es exclusiva de nadie, sino que es algo que pertenece a la responsabilidad de todos. Esto significa que, desde el individuo, sea hombre o mujer, ya sabéis que todo esto recae mucho en las mujeres, hasta cualquier institución, todo el mundo debe sentirse involucrado. Esto es lo que nosotros defendemos, sociedades cuidadores que en el fondo significa una democracia cuidadora.

Oriol Pujol: Añadiría que tenemos una mayor sensibilidad y un mayor nivel de exigencia para querer ayudar a las personas, y eso es positivo. Es decir, desde el siglo quinto que antes mencionábamos hasta hoy hay una mayor sensibilidad. Y también añadiría que hay muchas más personas con menos recursos personales ante situaciones que los desequilibran con más facilidad. Y no me refiero a vulnerabilidad social sino a recursos personales. Serían dos matices a sumar, sin voluntad de ser exhaustivo ni contradecir.

Albert Quiles: Yo también quisiera sumar que creo que todo lo que es la experiencia que ahora estamos teniendo a nivel global de la pandemia de la Covid-19, es una experiencia conjunta de vulnerabilidad, de acercarse a la vulnerabilidad desde diferentes prismas, y no estamos acostumbrados a esto, y todos más o menos de una manera u otra nos hemos sentido o nos estamos sintiendo vulnerables. Creo que ha sido una experiencia masiva de vulnerabilidad por todo lo que decía también Joan antes sobre el tema de los cuidados, que es un tema que tradicionalmente se ha puesto encima de la mesa de las mujeres.

Gemma Pinyol: Comparto mucho lo que se ha dicho, pero yo creo que hay en general necesidades que son muy diferentes y son de muchos tipos. Si tenemos en mente la pirámide de Maslow, hay algunas necesidades que entendemos, tal y como nos hemos construido las sociedades democráticas occidentales, que son responsabilidad del Estado, y otras que serían más de carácter social e individual. Esto es una reflexión que queda sobre la mesa porque entonces nosotros tenemos tendencia a pedirle al Estado que nos cubra unos mínimos. Esto es lo que en el sistema capitalista que claramente tiende al individualismo, explica el nacimiento de los Estados de Bienestar. El Estado de Bienestar no nace por una voluntad casual, sino que nace tras la Segunda Guerra Mundial para dar respuesta a una situación concreta y por tanto hay un pacto por decirlo de alguna manera, entre las

élites, en la que se genera un espacio en el que el Estado se encarga y atiende unos mínimos básicos compartidos para que toda la ciudadanía llegue a un cierto nivel. Esto no ha funcionado del todo, y hay espacios en los que el Estado no ha participado. Por ello, la sociedad civil también se organiza y también trabaja. Y aquí entramos en una contradicción porque a veces este trabajo no se hace en la misma línea o incluso se puede entender de maneras contradictorias. Por ejemplo, en una sociedad como la sueca, con un nivel de Estado de Bienestar bien desarrollado, hay muchos ayuntamientos que han tenido que hacer y crear unidades de atención y de seguimiento a las personas mayores porque no hay nadie más que se encargue. Quiere decir que se ha desarrollado el papel del Estado del Bienestar (como prestador de cuidados y servicios), pero se ha olvidado la parte social. En otros casos, como en las sociedades mediterráneas, donde tenemos un Estado más débil, la sociedad civil se ha organizado para complementar muchas veces lo que de bienestar le falla al Estado. A mí me parece genial que la sociedad civil participe, se movilice y contribuya al enriquecimiento colectivo. Me preocupa cuando lo hacemos para sustituir, porque entonces es otra cosa. Hay que encontrar el equilibrio en lo que sí es exigible al Estado, que por ello lo financiamos y que por eso participamos, y lo que deberíamos exigir como ciudadanía.

Oriol Homs: Lo que acaba de decir Gemma me da pie a pasar al segundo tema porque fijaros que ha tocado una cuestión muy clave, es decir, creo que estaríamos de acuerdo todos en que el Estado, la parte que hemos pedido que asuma la administración, esta parte tiene limitaciones que en estos momentos incluso hay restricciones, pero que el pacto ha sido que el Estado asuma la provisión o la regulación de una serie de elementos materiales. Sabemos que incluso en este Estado del Bienestar del siglo XX las limitaciones son claras, si la sociedad civil o el tercer sector, por decirlo de alguna manera clara, hiciera huelga general, sería el colapso total de toda la nuestra sociedad. Por lo tanto, incluso cuando decimos “Administración, asuma los elementos básicos de apoyo a las personas en caso de vulnerabilidad”, sin la movilización de la sociedad civil tampoco funcionaría.

Pero mi cuestión es: si aceptamos esta idea que estamos pasando a un tercer nivel del Estado del Bienestar, ¿debemos pedir al Estado que nos haga felices? ¿Que nos cure, no la parte material sino la parte emocional? Pero mi pregunta de futuro es que, si pensamos que estamos construyendo de alguna forma, esta sociedad de los cuidados, de la parte emocional, de las personas, ¿qué papel debe tener el Estado? ¿Queremos que el Estado nos haga feliz o no? ¿O queremos nosotros ser capaces de organizar nuestra felicidad? Empezamos a intuir que para hacer esto necesitamos colaboración porque si no individualmente, no seremos felices por muchos coches o por muchas vacaciones que nos demos, o por mucho que produzcamos. Y

quizás debemos decir al Estado: "Ayuda a construir una sociedad capaz de hacer esto", pero no que nos haga feliz, ¿o sí? ¿El Teléfono de la Esperanza debe ser público? ¿O alguno de estos elementos deben ser públicos o cuál es el papel de la Administración?

Javier Martínez: A ver, para hablar todos un mismo lenguaje, deberíamos definir qué quiere decir público y qué no. Es decir, por un lado, estaría quien financia este tipo de servicios que estamos diciendo, por otro quién es el titular, quien los aprovisiona, quien los presta, quien los idea. Desde la perspectiva tradicional que tenemos en Cataluña y España, el Estado en su sentido de administración pública, es quien diseña los servicios. Y este, en mi opinión personal, es uno de los primeros errores, es decir, esta no co-creación de ciertos servicios sociales y otros que hay a través de la Administración, es un error por el hecho de muy a menudo el Estado seguramente no tiene suficientes elementos de juicio o no tiene todos los que debería tener, para poder diseñar un servicio que realmente dé respuesta a los retos sociales del momento. Y que a la vez sea un servicio suficientemente flexible para adaptarse a los cambios. Hay servicios que son iguales ahora que hace treinta años cuando la realidad social que quieren solucionar es radicalmente diferente ahora que la de hace treinta años y siguen siendo iguales.

Por otro lado, estaría el hecho de que efectivamente en este último año hemos visto que por muy conectados que estemos, si la comunidad real no existe, la gente no es más feliz. Yo creo que el grado de infelicidad en general de la gente, este último año, ha sido bastante evidente tal como se ha comentado en todas partes. Por tanto, el sentimiento comunitario es muy importante. Sin embargo, hay una tendencia digamos demográfica, habitacional, etc. que no colabora a generar comunidad, en el sentido más amplio de la palabra, porque ahora se tiende a comunidades muy homogéneas a nivel racial, a nivel socioeconómico, a nivel cultural, etc. Y estas comunidades son las comunidades que en el fondo provocan guetos, sea de clase alta, sea de clase más baja, provoca guetos, y eso es lo que vuelve a provocar una separación, una segregación entre capas sociales que no ayuda al final a generar comunidad.

Y después dentro de la pregunta que hacías, Oriol, creo que hay un tema que seguramente no toca hoy pero que yo creo que es muy relevante, que es el tema de la fiscalidad. Con una fiscalidad X podemos optar a que el Estado nos ayude más o menos, y con una fiscalidad Y seguramente esta opción será muy inferior.

Oriol Pujol: Si el problema que tenemos, que no nos deja ser felices, es de orden material, salud mental, recursos mínimos para subsistir... sí la Administración o sí que el Estado debe dar respuesta. Si el tema es de sentido de la vida, de participación en una comunidad, esto ya no procede de alguna forma al Estado, esto corresponde a la iniciativa social, a la comunidad. El Teléfono de la Esperanza debe existir como iniciativa social, ¡por supuesto que sí! Esto no quiere decir que, en la línea de lo que estaba diciendo Javier, si la Administración pública valora como importante aquella función que estamos haciendo desde la iniciativa social, lo subvencione. Especialmente teniendo presente la presión fiscal a la que está sometido el país. Se puede ayudar por una vía directa: subvención o por una vía indirecta: beneficios fiscales a los donativos que podamos hacer desde la libre iniciativa social.

Joan Berenguer: Mi opinión es que a pesar de que los recursos son limitados, habrá que priorizar bien el uso de estos recursos y quizás redistribuirlos, o sacarlos de otros lugares donde no habría que gastar tanto como estamos gastando en estos momentos. Poniendo énfasis claramente en dos cosas: en la educación y en garantizar trabajo para las personas. Todo lo que conlleva la soledad de la gente está relacionado con la falta de las relaciones sociales. Lo hemos vivido en la pandemia, la muerte en soledad y todo lo que ha supuesto el desastre que ha habido en las residencias, de la gente que ha muerto absolutamente sola incluyendo en muchos hospitales, hasta que alguien se ha atrevido a al menos dejar pasar a una persona de la familia.

Oriol Homs: Yo estoy de acuerdo con vosotros con la dificultad, pero fijaos en algo, si miramos los líderes y el debate intelectual, social y técnico que hubo hacia los años veinte del siglo pasado, cuando se lanzaron las ideas de la Seguridad Social, del seguro de paro... es decir, las bases del Estado de Bienestar actual, fue un debate impresionante entre gente que decía "esto es la ruina, iremos al desastre". El atrevimiento intelectual de una gente que previó y se dio cuenta de los grandes retos del siglo XX y supo poner unos elementos de cambio impresionante, facilitó, con todas las limitaciones y problemas, el gran salto del siglo XX. ¿No creéis que con la capacidad que tenemos hoy en día no somos capaces de levantar la mirada y decir: "Escucha, esto que estamos diciendo ahora nosotros, ¿son los retos del siglo XXI"? Porque queremos una sociedad que además de asegurar las bases materiales también facilite los elementos emocionales y de felicidad para todos. ¿Qué instituciones? ¿Qué iniciativas? ¿Qué elementos, qué políticas, en mayúscula, debemos proponer para diseñar este siglo XXI? Creo que sí, creo que tenemos a personas con una capacidad y una experiencia sobrada, además sabemos todo lo que ha pasado en el siglo XX, que ahí es nada, y que podemos aprender de los grandes debates y de toda la experiencia acumulada. Con toda esta experiencia, con una ciudadanía mucho

más educada, con unos niveles de educación mucho más elevados y con mucha más experiencia, yo creo que podemos. Eso sí, nos lo tenemos que proponer. Hay que atreverse porque si vamos solo retocando, para ver si lo conseguimos... Sí, de acuerdo eso debemos hacerlo en el día a día, pero quizás ahora es un buen momento, y la pandemia nos ayuda, para decir: "detengámonos y repensemos a dónde vamos, hacia dónde queremos ir". Creo que tenemos los elementos y además el debate está ahí. En estos momentos, ya salen ideas, ahora hay que aglutinarlas y proyectarlas políticamente y de forma realista. Por lo tanto, la primera responsabilidad es la misma.

Ahora, cuando pasamos a ver el otro elemento nuevo, que tampoco es tan nuevo, pero que ahora somos más conscientes de él y sensibles, evidentemente que el papel del Estado debe ser aportar recursos. Pero las cuestiones a plantear son más amplias: por ejemplo, ahora decíais: el problema es que nos relacionamos poco o las relaciones sociales son débiles, y esto genera angustia y problemas a los individuos. Claro, esto por ejemplo tiene que ver con cómo configuramos las ciudades. ¿Las viviendas están pensados para relacionarnos? ¿Los bloques de casas, los barrios? En relación con el trabajo, se habla de la renta universal para todos. Es un debate muy interesante con unas ideas muy innovadoras, pero si no aseguramos el trabajo tendremos gente que tendrá dinero para vivir pero que estarán más solos que nunca porque no se relacionarán con nadie porque no trabajarán. Necesitaremos unas comunidades que tengan la capacidad de acogerlos como elementos activos. Esto significa que hay un problema de diseño de esta comunidad, que tiene unos elementos estructurales de vivienda, de ciudades, de trabajo, de tipo de relaciones, de educación, etc. donde hay una responsabilidad de la Administración, que evidentemente esto después debe ir acompañado de recursos, pero también hay una responsabilidad de la comunidad. Hasta qué punto confiamos en el Estado o le decimos al Estado que nos ayude a ser felices. Es una cuestión de modelo, ¿nos interesa el modelo de China o Corea del Norte en el que es el Estado quien vela por la felicidad de los ciudadanos? O no, ¿lo que queremos es un modelo con más empoderamiento de la sociedad civil? En este papel de diseño, ¿hasta dónde queremos llegar?, y qué papel queremos dar a especialistas o técnicos o no, a la gente, a la gente de la calle que también pueda opinar como quiere que sea su ciudad, no solo el urbanista. Sobre este tema hay un fuerte debate. Es lo que plantea Daniel Innerarity, si la sociedad compleja es de los expertos, de los políticos o de la gente, de la participación. Aquí tenemos un elemento importante de debate, pero el otro aspecto no es solo con el diseño, sino con la provisión de los servicios.

Gemma Pinyol: Creo que hay algo importante a distinguir, una cosa es que el Estado tenga que asumir y la otra que deba prestar. Sí, el Estado puede

asumir la responsabilidad y la prestación puede articular como le parezca más conveniente. Pienso que este es uno de los debates que hemos tenido en los últimos años. Por eso tenemos entidades sociales que de hecho lo que son, básicamente, es proveedoras de servicios públicos. Además, no se puede forzar tampoco la gente a participar, entre otras cosas porque hay gente que no quiere participar, y esto también se debe respetar. Pero cuando se crean espacios de participación, suele estar la sociedad civil organizada, que tampoco es la sociedad civil representativa de todos. Por lo tanto, hay muchos espacios donde se abren muchas preguntas, es decir, estamos hablando de todo el mundo que tiene que hablar o en realidad cuando hablamos con una asociación de vecinos y vecinas estamos hablando con una parte concreta de la población, que además se pueden identificar por edad, sexo y origen, y no toda la ciudadanía. Es un debate que es muy interesante, pero donde hay mucho matiz y que es el espacio al que deberíamos prestar atención.

Otra cosa que me parece que hay que señalar es la existencia de un debate intergeneracional que no tenemos en cuenta. En realidad, cuando hablamos de felicidad, hay que recordar que es una construcción social: cada generación, cada mundo, cada comunidad, tiene su ideal de felicidad que construye basado en elementos determinados. Cuando las expectativas y los resultados desencajan, la gente tiene la sensación de que es menos feliz, y nosotros estamos viviendo en estos momentos, sobre todo porque es la primera vez que tenemos generaciones criadas en el Estado de Bienestar que tienen unas expectativas absolutamente elevadas (faltaría más, por eso han sido criadas en el estado del Bienestar: sus expectativas deben ser altas porque hemos querido que las tuvieran altas), pero tienen unas respuestas mucho más bajas. Y además han olvidado, porque ya muchos no tienen abuelos y abuelas que les cuenten sus historias, de dónde venimos. Y nosotros venimos de estados de Bienestar que solo tienen 70 años de historia. Por lo tanto, estamos hablando de algo reciente en términos históricos, que además no afecta a todo el mundo, y eso no siempre se recuerda. Creo que estos debates, como el de carácter generacional, también hay que ponerlo sobre la mesa, porque explica muchas de las cosas que a veces se hacen incomprensibles y que generan además desafección: desafección por lo público y desafección por lo colectivo y comunitario. Y esto hay que tenerlo en cuenta, porque el resultado de esto puede ser aún más individualismo y por tanto sociedades con aún más riesgos de aislamiento, soledades y otros elementos similares.

Javier Martínez: Respecto a la provisión de servicios, yo creo que efectivamente el Estado debe poder garantizar desde el punto de vista económico un mínimo de servicios con la máxima cobertura posible. Ahora bien, para la prestación de estos servicios yo creo en la colaboración pú-

blico-privada, público-social y público-privada-social. Esta colaboración es importante siempre y cuando exista un buen control, aquí sí creo, desde el punto de vista público, es decir, un buen estudio / evaluación de indicadores e impacto que tienen estos servicios. Que el beneficio que se llevan las entidades o la empresa privada no sea demasiado elevado, etc. y unos criterios de acceso lo más universales posibles, yo creo que esto es necesario. Hay empresas que funcionan muy bien y hay algunas que a veces tienen unas prácticas que quizás no son las mejores. Creo que siempre es mejor la prestación de un servicio social desde una entidad social donde el objetivo y el propósito está muy claro, que no desde una empresa privada, donde el rendimiento del tema económico tiene un peso distorsionado comparado con el componente más social.

Oriol Homs: ¿Os parece que pasemos a la tercera pregunta que os proponía que está más relacionada con la prevención del suicidio? Si queréis la podemos hacer algo más genérica para referirnos a todas las experiencias de atención telefónica o remota a las personas que utilizan la metodología de la escucha activa, que me parece de gran valor, y que hay que profundizar mucho más sobre su significado y su potencial y demostrar con evaluaciones el impacto de este tipo de metodologías. Supongo que estaría de acuerdo en que esta metodología aislada de la red de recursos públicos y privados para atender a las personas tiene unas limitaciones determinadas ya que su enorme potencial radica en la articulación entre los diferentes recursos que puede haber en el servicio de una persona en caso de vulnerabilidad o en caso de problemática. Ahora bien, ¿esto cómo se articulará? Todos vosotros tenéis mucha experiencia en todos estos aspectos, ¿cuál es tu experiencia? Qué es lo que habría que sugerir para mejorar más esta relación, y a la vez mantener la libertad del individuo decir: “escuche yo le llamo, hablo con usted, le cuento a usted mis problemas, espero unas cosas de usted, pero no sé si quiero más. O plantéeme las cosas que usted considere y ya veré lo que haré”, es decir, respetar la libertad del individuo, ponerlo en el centro, la libertad individual como elemento central de todas estas iniciativas de atención a la persona. Pero ¿cómo se pueden interrelacionar?

En el caso del suicidio es más claro porque es un drama claro, tienes a una persona que te está llamando que se está suicidando o que quiere suicidarse, y tú sabes que quieres impedírselo, pero debes respetar su libertad... Por lo tanto aquí hay un problema de relación de los diferentes elementos. Es decir, ¿cómo hemos de estructurar esta red de apoyo a las personas donde los teléfonos como el TPS son un elemento clave e importante pero no el único recurso? ¿Cómo lo veis?

Oriol Pujol: La salud mental pública es completamente insuficiente y poco eficaz, esta es una realidad muy importante.

La mejor prevención es una buena promoción de la persona a lo largo de la vida, por lo tanto, tenemos que promover o la Administración debería garantizar la educación en un sentido amplio, que no quiere decir hacerlo ella todo directamente. Y eso contempla, además de la escolarización, el tiempo libre, la práctica deportiva, la promoción de la cultura, las iniciativas cívicas, incluso religiosas, o sea lo más amplio posible para que las personas puedan insertarse en la comunidad. Pienso que son un elemento preventivo fundamental.

Antes se ha hablado de que la Administración debe garantizar o puede garantizar la provisión de determinados servicios públicos, pero pienso que no solo debe ser el típico concurso para la gestión de determinados servicios, sino que también habría que contemplar la concertación de aquellas iniciativas de la sociedad civil que son bastante útiles, son bastante eficaces y que se pretende universalizar o al menos si no llegamos a universalizarlas, a extenderlas lo suficiente como para que puedan atender a un amplio sector de la sociedad. Y aquí es donde entraría plenamente el Teléfono de la Esperanza, hay una iniciativa social que es verdaderamente necesaria y es eficaz, démosle apoyo, concertémosla, y que se pueda ejercer desde la dignidad, porque muchas veces esto se resuelve con la subvención justita que precariza a las personas que trabajan en estas organizaciones, y provoca que el nivel de eficacia que pueda acabar teniendo aquella iniciativa sea insuficiente.

Joan Berenguer: Un apunte. Cuando Esperança me envió su documento "Una voz amiga" que dice: "cada 2,5 horas se registra un suicidio", un suicidio en España, yo la verdad es que ya sabía que era importante, pero nunca hubiera imaginado que fuera tanto.

Dos, alguna vez yo he dicho "escúchame, hay más gente que muere porque se suicida que accidentes de tráfico en España". Yo pienso que habría que hacer un esfuerzo para sensibilizar a la sociedad en general, hay que dar a conocer esta realidad. A partir de aquí seguramente es una realidad que es fruto y se llega por motivos de mucha índole, seguramente algunos vinculados a problemas de salud mental, que están ahí; algunos, otros, fruto de una pérdida, las pérdidas conllevan un momento de duelos insufribles para algunas personas, y si no tienen el apoyo necesario pueden llegar a tomar decisiones como estas. Muchas veces también se llega o son consecuencia de la vulnerabilidad social de la índole que queráis: sin trabajo, sin techo, lo que creáis, y muchas veces lo que decimos de una soledad no deseada. Cuando veo que hay 2,5 personas que se suicidan cada hora en España, creo que esto no lo conoce la gente y aunque exista este folleto, la gente no lo conoce y deberíamos sensibilizar sobre ello porque algo tendremos que hacer. Algo que tiene que ver con evolucionar, hacer evolucionar con valores

diferentes al conjunto de la ciudadanía.

Javier Martínez: Yo creo que una de las cosas buenas del Teléfono del Suicidio es que permite que quien tiene una intención, una tendencia suicida, pueda hablar. Es decir, el suicidio es un acto muy individual y muy solitario en el sentido de que cuando se llega a este momento, seguramente no lo has hablado con nadie y por eso la sorpresa en muchos casos de cuando alguien se suicida, es decir ostras, nadie de su entorno se lo esperaba, nadie sabía que esto ocurriría. El que quiere suicidarse no lo comenta con nadie porque hay un estigma detrás, es un tema que no se habla, es un tema que se intenta ocultar de forma involuntaria en muchos casos, pero del que no se habla, por lo tanto nuestros hijos, nuestros niños no lo conocen. Desde el punto de vista de la infancia, en el momento en que un joven o un niño a veces, puede tener una tendencia suicida, en respuesta a situaciones que le suceden, o se plantea que en algún momento es mejor no vivir antes de soportar lo que está soportando, no tiene ningún elemento ni ninguna herramienta que haya tenido en su educación para poder afrontar este nuevo pensamiento que le viene. Y por lo tanto el no poder tener herramientas ni respuestas porque no las ha adquirido, porque no se las han dado dentro de su proceso educativo, educativo formal o informal fuera de la escuela, no sabe cómo proceder, ve que es un tema del que no se habla, por lo tanto, él tampoco hablará, y por tanto al final aquello se hace una bola, y como bola a veces se digiere ya veces no. Y el hecho de que se pueda hablar, y por tanto, lo que decía Joan, ponerlo en la agenda pública, es muy importante. Pero el hecho de que se empiece a hablar ya es un paso para que la gente que se encuentra en estas situaciones no llegue a la llamada antes de que pase, sino que pueda solucionarlo mucho antes de llegar a las llamadas. Ya que en muchos casos por suerte, lo evitamos, pero en otros puede que no lleguemos a tiempo.

Y este teléfono, huelga decirlo, todos lo sabéis, es un granito de arena en la inmensidad de lo que es el tema del suicidio, en el sentido de que es el primer teléfono de España, con unos recursos muy limitados, teóricamente concentrado en una zona geográfica muy concreta, aunque la gente llama de otras partes. Es decir, es un primer paso, pero todavía quedarían muchos, muchos más.

Albert Quiles: Creo que para comentar lo que estaba diciendo de la colaboración entre administraciones públicas, entre sociedad civil e iniciativas privadas, quería poner un ejemplo que estamos viviendo desde Amigos de la Gente Mayor que yo pienso que es un ejemplo que nos puede hacer pensar o nosotros al menos creemos que es una buena práctica. El Ayuntamiento de Barcelona ha creado la estrategia municipal contra la soledad. Esto no quiere decir que el Ayuntamiento de Barcelona garantice que las

personas que viven en Barcelona no se sientan solas, no quiere decir esto, lo que quiere decir es que tiene una estrategia pensada para adaptar sus servicios municipales con la mirada que en Barcelona hay muchas personas de todas las edades que sufren soledad no deseada. Quizás algo similar se podría promover por el tema del suicidio.

Esperança: Me ha parecido preciosísimo el debate que hemos hecho y he tomado apuntes y creo que saldrán unas conclusiones que nos servirán también para lanzar recomendaciones, que eso es lo que queremos hacer. No queremos hacer un estudio que quede cerrado, sino que queremos ir repitiendo en el tiempo y que vaya marcando tendencias. Pero dicho esto, solo comentaros que estamos incrementado el número de llamadas que atendemos, que desde agosto de 2020 tenemos en marcha el Teléfono de Prevención del Suicidio, y detrás tenemos una red de respuestas inmediatas. Ahora vamos a trabajar el modelo de la prevención del suicidio por encargo del Ayuntamiento de Barcelona, es decir, pensar el modelo para la ciudad. Actualmente, ya atendemos llamadas que nos vienen de toda Cataluña e incluso de fuera de Cataluña, pero las redes de apoyo deben ser locales, y este será el gran reto. La red debe ser local, arraigada al territorio, el teléfono no es necesario, debemos saber, debemos tener la información para estructurar todo esto, pero imaginemos la posibilidad de tener un teléfono que pueda dar respuestas en diferentes idiomas según la demanda, pero reforzado y sustentado por una red local. Por eso el papel de la ciudad, al igual que el de “las ciudades que cuidan” o de estas ciudades que tienen redes solidarias; deberíamos encontrar también esta red de recursos locales de apoyo a las situaciones de crisis.

Oriol Homs: Muy agradecido por todas vuestras aportaciones. De esta reflexión conjunta de todos los que estamos con estos temas, es de donde deben salir las ideas del siglo XXI, y yo os animo a mirar a lo alto y con valentía y perspectiva de futuro, porque estamos en un tiempo en que nos toca afrontar estos cambios con perspectiva de futuro. Tenemos la responsabilidad de poner las bases de este tercer nivel, de un tercer estadio de la sociedad del Bienestar. Las bases las tenemos que poner ahora, estamos a tiempo, somos sociedades muy ricas, sabemos lo que deberíamos hacer, el problema es cómo lo hacemos y hacerlo, y por lo tanto es responsabilidad de todos nosotros. Y con este espíritu pienso que todos los que estamos aquí podemos contribuir a este debate con ideas que han de contribuir a configurar las próximas décadas y las próximas generaciones. Muchas gracias a todos y todas.

El malestar personal y las claves del bienestar social

La escucha del malestar personal en la sociedad de hoy en día

Los relatos anónimos recogidos en los teléfonos de la Esperanza y de la Prevención del Suicidio ponen de manifiesto el profundo malestar de unos colectivos sociales que recurren a una voz amiga para ser escuchados.

El elevado número de llamadas recibidas durante el año en los dos teléfonos (55.948 llamadas), más de 150 diarias, que provienen mayoritariamente de Barcelona ciudad, pero que van más allá de los límites de la ciudad, denota que la problemática no es menor. Más cuando, seguramente, ambos teléfonos solo detectan la punta de un iceberg de malestar mucho más extenso.

El incremento de llamadas recibidas en el Teléfono de la Esperanza durante los primeros meses del estado de alarma a raíz de la pandemia de la Covid-19, así como el rápido crecimiento del volumen de llamadas conseguidas en el servicio de prevención del suicidio, desde su inicio en el mes de agosto, reflejan el agravamiento de la situación debida a las restricciones de movilidad impuestas para combatir el coronavirus. La pandemia ha actuado como prueba de estrés de la capacidad de la sociedad de vivir situaciones de emergencia a gran escala, poniendo en evidencia las debilidades existentes y mostrando los puntos débiles de la organización social.

Las problemáticas personales y sociales que se expresan a través de los dos teléfonos giran en torno a seis temáticas principales: la ideación suicida, las enfermedades mentales, los problemas relacionales, la soledad no deseada, la salud física y la pobreza económica. Cada una de ellas obedece a una dinámica propia, pero muy a menudo están interrelacionadas entre sí y se retroalimentan. Todas ellas se caracterizan porque conllevan un sufrimiento personal que cada persona afronta con sus capacidades personales y con los recursos que obtiene de las personas de su entorno y de los que la sociedad pone a su disposición. La experiencia acumulada en ambos teléfonos enseña que con estos recursos no es suficiente o no son suficientes para contener a niveles soportables las tensiones del malestar. De hecho, los servicios de los dos teléfonos generan un nuevo recurso de una voz amiga anónima que ha demostrado su validez para apaciguar las tensiones emocionales y para evitar situaciones extremas.

El anonimato en que se basa la metodología de los teléfonos no permite conocer en profundidad las características de las personas que llaman, pero a grandes rasgos dibujan unos perfiles claros: en el caso del Teléfono de la Esperanza, las mujeres son mayoritarias, sobre todo entre las personas mayores. El colectivo mayoritario es el de los adultos, pero con dos grupos

de edades significativos, los más jóvenes (18-39 años) y los de más de 65 años. Los dos colectivos de edad extrema, menores de 18 años o los mayores de 80 años, son más minoritarios, sin que ello signifique que su problemática sea menos importante, sino que se dirigen menos a este servicio.

Son personas de todos los niveles sociales, aunque casi la mitad tienen un nivel básico de estudios. En la mayoría de los casos son personas que viven solas, aunque una tercera parte viven en pareja o con otros familiares; y la gran mayoría no son activas en el mercado de trabajo, ya sea por estar de baja, o por jubilación o bien porque no tienen un trabajo remunerado. Casi todos han estado o están atendidos por los sistemas de salud o de servicios sociales, aunque en algunos casos, el servicio del teléfono constituye el primer punto de contacto que luego puede derivar en una atención médica o de servicios sociales.

En el Teléfono de Prevención del Suicidio, los perfiles son similares. Una mayoría de llamadas corresponden a mujeres y esta mayoría se incrementa en el caso de mujeres con conducta suicida. En cuanto a la edad, también la mayoría son de edades centrales, pero la proporción de jóvenes menores de 29 años es más elevada en este caso, casi un tercio, que en el Teléfono de la Esperanza. Son personas mayoritariamente solteras, la mitad de las cuales viven solas y el resto con la familia u otras fórmulas. La soledad física no es tan prevalente como en el caso del Teléfono de la Esperanza. La mayoría no trabajan, aunque las personas con trabajo remunerado son más abundantes entre las llamadas al Teléfono de Prevención del Suicidio que en las de la Esperanza. La influencia territorial es similar.

En el caso de la prevención del suicidio, las problemáticas de salud mental son mucho más presentes que en el Teléfono de la Esperanza.

Si este es el perfil anónimo de las personas que utilizan el teléfono de ambos servicios, la dimensión exacta de la totalidad del iceberg es más difícil de dibujar. Las problemáticas que recogen en sus conversaciones los escuchas y orientadores/as de los servicios tienen un denominador común que es el malestar personal que no encuentra en su entorno personal o social la confianza necesaria para expresarse y encontrar consuelo y sí que lo encuentra en la comunicación telefónica con una persona a la que solo conoce por la voz y que le ofrece comprensión y compañerismo. Un malestar personal, que puede ser de diferentes grados de intensidad, pero que siempre es vivido por la persona de forma suficientemente problemática como para agarrar el teléfono y contarle a otra persona a la que no conoce personalmente sus preocupaciones, aunque sea, como muy bien explican los voluntarios/as para oír su propia voz y apaciguar su incomunicación.

Saber cuál es el alcance de este malestar, cuáles son sus características y las causas que lo provocan son aspectos difusos, mal conocidos, que el Observatorio de la Esperanza pretende contribuir a esclarecer.

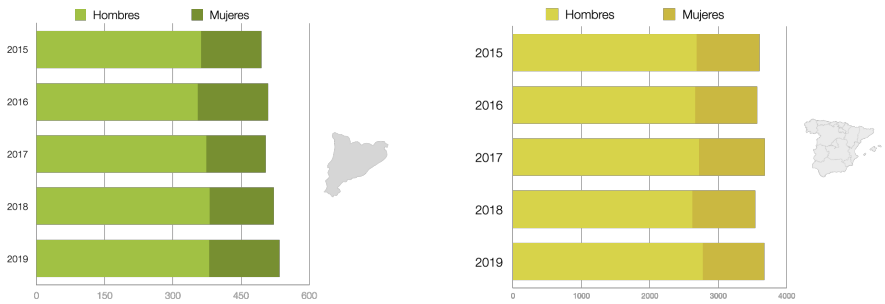
La dimensión de los comportamientos suicidas

En cuanto a los actos suicidas, se dispone de una cierta información a través de los registros estadísticos de mortalidad[1], aunque seguramente hay eventos suicidas que no están suficientemente registrados, como pueden ser algunos de los accidentes de tráfico, pero que en todo caso se refieren a los suicidios consumados. Llegar a detectar los intentos de suicidio o, más aún, el alcance de las ideaciones suicidas, es una cuestión todavía poco resuelta en relación con la cual sólo se pueden realizar aproximaciones.

El 2019, último año del que hay datos estadísticos, hubo 3.671 suicidios en España y 535 en Cataluña, lo que significa un suicidio cada dos horas y media en España y uno cada 16 horas y 22 minutos en Cataluña. De enero a mayo de 2020 no parece que hayan aumentado el número de suicidios tanto en España como en Cataluña, pero habrá que esperar a la actualización de todo el año para poder sacar conclusiones sobre el impacto de la Covid-19 en el comportamiento suicida.

En el año 2018 en Cataluña el suicidio fue una de las primeras causas de muerte entre una lista de 73 enfermedades o causas, especialmente en las franjas de edad de 25 a 44 años en las que el suicidio ocupó el primer lugar.

Evolución reciente del número de suicidios en España y Cataluña por sexo

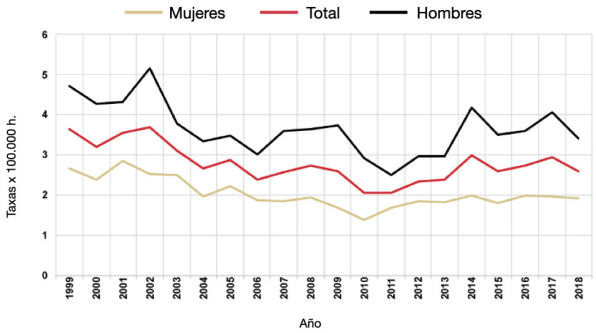


Fuente: INE

1. Instituto Nacional de Estadística. (2020). Defunciones según la Causa de Muerte (Avance enero-mayo de 2019 y de 2020) [Comunicado de Premsa]. https://www.ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf

Hasta 2010-2011, las tasas de suicidio se fueron reduciendo en Cataluña, para después ir incrementándose, a falta de comprobar el impacto de la Covid-19.

Evolución de las tasas de suicidio en Cataluña 1999-2018



Fuente: Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya

Los estudios sobre prevalencia de los comportamientos suicidas entre la población dan cifras muy variadas. La OMS alerta de la extensión de los suicidios. A nivel mundial, se calcula que por cada suicidio consumado hay unas 20 personas que lo intentan, y que entre el 30% o el 40% de los suicidios consumados lo han intentado antes alguna vez. Los hombres consiguen consumar el suicidio más que las mujeres, en cambio ellas hacen más intentos. Las tasas de suicidio suelen incrementarse con la edad y en edades muy avanzadas uno de cada tres intentos es mortal.

Entre los diferentes estudios realizados desde los años 70[3], se ha constatado una prevalencia vital entre un 2% y un 18%[4]. Sin embargo, según el entorno concreto del estudio, la prevalencia en 12 meses varía entre un 2,3% y un 8,7%[5], y según los territorios puede variar entre un 2,6% (en Chennai, India) y un 25,4% (en Durban, Sudáfrica)[6].

Las cifras también pueden variar según los grupos de edad. Se ha sugerido que entre los adultos jóvenes puede presentarse entre el 10% y 12% de las

2. Organización Mundial de la Salud. (2019, 2 septiembre). Suicidio. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

3. Diversos autors. (2020). Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid (Ref. 17024). Consejería de Sanidad- D. G. del Proceso Integrado de Salud.

4. Goldney, R. D., Wilson, D., Dal, G. E., Fisher, L. J., & McFarlane, A. C. (2000). Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. Aust.N.Z.J.Psychiatry, 34, 98-106.

5. Skoog, I., Aevarsson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M. et al. (1996). Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. Am.J.Psychiatry, 153, 1015-1020.

6. Anseán, A. (2014). Suicidios: Manual de Prevención. Intervención y Postvención de la Conducta Suicida (2a ed. rev.) Madrid: Fundación Salut Mental España.

7. Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., ... & Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. Medicina clínica, 129 (13), 494-500.

personas[7], mientras que entre las personas mayores puede aparecer aproximadamente en el 4% de las personas[8].

Otros estudios estiman que un promedio de 9,2 personas de cada 100 pensará en el suicidio a lo largo de su vida, 3,1 lo planificarán y 2,7 lo intentarán[9].

Un estudio reciente basado en una encuesta domiciliaria a una muestra de 5.473 individuos representativos de la población española mayor de edad ha detectado una prevalencia de las ideas suicidas del 4,4% y de los intentos en un 1,5%[10]. En otro estudio dirigido a adolescentes se informa que el 4,1% de la muestra (1.664 participantes de 14-19 años) manifestaron que habían intentado quitarse la vida en el último año[11].

Todas estas cifras confirman la importancia de la temática y su repercusión social. Una actuación preventiva debería tener en cuenta una aproximación al volumen de intentos de suicidio para intentar prevenir al máximo la conducta final o los propios intentos. Sabemos que la secuencia es primero una ideación suicida, que puede terminar en una planificación muy meticulosa durante tiempo o que se tome la decisión con muy poco tiempo, algunos lo intentan una o varias veces antes de conseguirlo mortalmente y otros lo consiguen al primer intento. Siguiendo esta secuencia, y a partir de los datos de los estudios más recientes y cercanos, estimando el 4,4% para ideaciones suicidas y el 1,5% para los intentos, y aplicándolo a la población mayor de 15 años de Cataluña del 2020, se podría hablar de que en Cataluña durante ese año se habían podido producir unos 98.243 intentos de suicidio y unas 288.182 ideaciones. Estas cifras son totalmente aproximativas, pero permiten hacerse una idea muy general de la dimensión del problema que puede ser útil a la hora de diseñar medidas e iniciativas preventivas.

La dimensión de la incomunicación social

Esta segunda dimensión de las problemáticas que atiende el Teléfono de la Esperanza requiere todavía una aproximación más compleja porque sus contornos son más difusos. Si se toma como referencia las situaciones personales que cuentan las personas que recurren al teléfono, los problemas de

8. Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Solana, R. A., Ortuño-Sierra, J., Lucas-Molina, B., ... & de Albéniz Iturriaga, A. P. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 11 (2), 76-85.

9. Anseán, A. (2014). Suicidios: Manual de Prevención. Intervención y Postvención de la Conducta Suicida (2a ed. rev.) Madrid: Fundación Salut Mental España.

10. Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., ... & Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. Medicina clínica, 129 (13), 494-500.

11. Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Solana, R. A., Ortuño-Sierra, J., Lucas-Molina, B., ... & de Albéniz Iturriaga, A. P. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 11 (2), 76-85.

incomunicación están relacionados principalmente con la soledad, las dificultades de relación interpersonales, la enfermedad física, la enfermedad mental y la pobreza. Para intentar una aproximación a dimensionar estos problemas, se ha elegido la soledad, la enfermedad mental y la pobreza, sobre las cuales existe una cierta información.

El número de personas que viven solas en Cataluña era en el año 2019 de 786.000 personas, de las cuales, 343.600 eran hombres y 442.400 mujeres. Un total de un 13,3% de la población. Evidentemente no todas las personas, ni mucho menos, que viven solas, tienen problemas de soledad y, al contrario, muchas de las personas que se sienten solas viven en compañía de otros. La encuesta de salud de la Agencia de Salud de Barcelona del 2016[12] recogía que en torno a un 10% de la población mayor de 65 años de la ciudad manifestaba soledad entendida como falta de compañerismo. En Cataluña, en el año 2019 había 334.000[13] personas de más de 65 años que vivían solas. Aplicando la proporción anterior sobre esta población podría considerarse que unas 33.400 personas mayores de 65 años en Cataluña están en una situación de percepción subjetiva de falta de compañerismo.

La encuesta ESCA sobre salud de la Generalidad de Cataluña[14] consideró en el año 2020 que un 9,4% de la población mayor de 15 años tenía una escala de apoyo social débil, esto significaba unas 605.010 personas.

La misma encuesta detectaba en 2020 que un 10,2% de la población mayor de 15 años manifestaba sufrir una situación de depresión, un 16,5%, ansiedad, y un 6,9%, algún tipo de trastorno mental. Esto puede suponer entre 450.000 y un millón de personas.

Finalmente, según IDESCAT en 2019[15] la población con una situación de riesgo de pobreza (tasa AROPE) era del 23,6% de la población, y la población con privación material severa era del 5,7%, proporciones que abarcan entre 430.000 y 1.800.000 personas.

Estas magnitudes pueden ayudar a situar el universo de la problemática personal y social que el Teléfono de la Esperanza atiende de forma anónima. No nos atrevemos a concretar más, ni a dar una cifra aproximada de todo el universo; serían precisos estudios más profundos para concretar de forma realista los contornos de la problemática. Sin embargo, una conclusión pa-

12. Bartoll X, Pérez K, Pasarín M, Rodríguez-Sanz M i Borrell C. Resultados de la Enquesta de Salut de Barcelona 2016/17. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2018 Enquesta de Salut de Barcelona 2016-2017.

13. DESCAT. (2020). Población de 20 años o más que vive sola. Por sexo y grupos de edad. 2019 [Conjunto de Datos]. Anuario estadístico de Cataluña. https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=1031&t=2019

14. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/

15. IDESCAT. (2019). Población a 1 de enero. Por sexo y grupos de edad. 2019 [Conjunto de Datos]. Anuario estadístico de Cataluña. https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=253&t=2019

rece clara, se trata de una cuestión relevante, no marginal sino ampliamente presente en nuestra sociedad.

Los factores explicativos

Ambas problemáticas, la acción suicida y la incomunicación social, a menudo interrelacionadas, presentan algunos rasgos conjuntos. Ambos son fenómenos complejos que obedecen a una multiplicidad de factores interdependientes e interrelacionados y, por otra parte, son fenómenos que tienden a ser invisibilizados porque comportan un elevado grado de culpabilización.

El conjunto de factores personales y del entorno social que intervienen como elementos acompañantes, desencadenantes o causantes puede ser más o menos conocido, pero la red de sus interrelaciones y dependencias adquiere un grado de densidad tal que dificulta la explicación racional de ambos fenómenos.

Sin pretensiones explicativas, solo intentando acotar las problemáticas para aportar herramientas analíticas a la acción social, ambos fenómenos conllevan la interrelación evolutiva en el tiempo de un conjunto de factores de orden psicológico relacionados con la estructura de la personalidad de los individuos, y un conjunto de factores de orden social relacionados con la estructura social de los contextos en que viven estos individuos. Es decir, son necesarias las herramientas de la psicología y del análisis social para abordar ambas cuestiones. A pesar de las dificultades del conocimiento profundo de los dos fenómenos, es necesario seguir desarrollando líneas de investigación con el fin de progresar en su comprensión científica, a partir de la cual construir estrategias sólidas de abordaje y prevención.

Ambos fenómenos pueden ser considerados que forman parte de los riesgos de la vida y de la libertad humana. Tanto el suicidio como la incomunicación social severa son inevitables, forman parte de las posibilidades de la libertad de los individuos. La acción humana nunca es totalmente controlable, ni en las situaciones más extremas de control social (cárceles, manicomios ...) es posible evitarlas totalmente, si no es reduciendo la libertad humana a extremos que actualmente son rechazados por la conciencia social mayoritaria de la población.

Pero que no sean evitables totalmente no quiere decir que no exista una responsabilidad colectiva para que la sociedad ponga a disposición de los individuos los recursos y las herramientas para que puedan afrontar las vicisitudes y los riesgos de vivir, y menos que estos recursos no sean accesibles de forma equitativa.

Para diseñar y poner al alcance de todos estas herramientas, hay que conocer mejor la fenomenología de las dos problemáticas y como mínimo los

factores y los contextos desencadenantes para minimizarlos y que los entornos sociales sean lo más amistosas posible para que ayuden los individuos a procesarlos mejor y evitar la activación de actitudes suicidas o de incomunicación.

Los contratiempos y los riesgos de la vida son afrontados por la gran mayoría de la población con diferentes tipos de comportamientos sociales y personales y con diferentes grados de felicidad y bienestar individual. Pero para una parte de la población, como se ha visto no despreciable, llegan a generar una situación de tensión tal que es vivida como insoportable, y pueden conducir a generar ideaciones suicidas. Esta es la parte de responsabilidad personal. Pero los contextos, personales, familiares, sociales, laborales, económicos, emotivos, territoriales en que viven estas personas tienen un papel importante, y aquí entra la responsabilidad colectiva, que no solo afecta a la responsabilidad institucional de la colectividad, sino que implica la responsabilidad de la comunidad o a cada uno de los otros, es decir, de todos. Ambos fenómenos no se pueden resolver, ni siquiera minimizar por real decreto o poniendo únicamente al alcance recursos y medios, sino que es necesaria la movilización de toda la colectividad. Saludar a la vecina de la escalera, que sabemos que vive sola y que no sale nunca de casa, y detenernos cinco minutos para comentar cualquier cosa e interesarnos por su vida, requiere elevar la conciencia de colectividad y las obligaciones sociales que conlleva.

Pero para conseguir una actuación colectiva, institucional y comunitaria que sea más favorable para las personas que interiorizan de forma insoportable las tensiones de su vida, hay que abordar otra cuestión común a ambos fenómenos: la invisibilidad provocada por la culpabilización de un comportamiento suicida y de aislamiento social.

El acto del suicidio porque rompe la norma social de defensa de la vida, y la incomunicación porque contradice el carácter relacional del ser humano, conllevan una estigmatización que va más allá de las personas que lo viven y afecta también su entorno más inmediato y que contribuye a la invisibilidad de los dos fenómenos.

El individuo que construye ideaciones suicidas no lo suele comunicar, y muy a menudo se llega a la tentativa y al suicidio consumado sin que ni los más próximos lo hayan podido sospechar. Toda la ideación suicida se lleva en lo más profundo de la intimidad personal. El sentimiento de culpabilidad por idear la ruptura de uno de los valores sociales más preciados como es el derecho a la vida, conduce a ocultar, incluso a diseñar, estrategias de confusión para que nadie pueda intuir que se está preparando un acto suicida. Las historias recogidas son un claro testimonio.

Estigmatización es claramente un ejercicio de defensa del resto de la sociedad del principio del valor de la vida[16]. Es la consolidación de una norma

social y cultural para guiar el comportamiento de los individuos que conviven en una comunidad.

Diseñar estrategias de prevención del suicidio supone resolver finamente el dilema de cómo fortalecer el valor cultural en pro de la vida, necesario para la cohesión social de cualquier sociedad, y evitar la estigmatización del comportamiento suicida para evitar su invisibilidad y poderlo abordar más fácilmente y eficazmente. Cualquier estrategia preventiva no puede olvidar estos dos elementos.

Un razonamiento similar se puede aplicar a las situaciones de incomunicación. La situación de una persona que siente como insoportable el aislamiento de no poder contar con nadie de su entorno a quien expresarle los temores, tensiones, miedos o ansiedades, es menospreciada y culpabilizada por parte de la persona que lo padece, pero incluso también por las personas más cercanas que no entienden su "rareza" o cómo ha podido llegar a tal extremo. Esta situación se agrava en el caso de que el individuo sufra alguna enfermedad mental que provoque algún comportamiento no normativo. La norma del comportamiento normativo esperado de todo individuo juega aquí como elemento de defensa del control social por parte de la sociedad. Unos esconden y los otros culpabilizan a una persona que se encuentra en esta situación, como bien explican las historias recopiladas por los escuchas que los atienden en el Teléfono de la Esperanza.

La exigencia de la responsabilidad individual en el cumplimiento de la norma social en busca de la felicidad, como motor de la acción humana, comporta culpabilizar a los que no lo consiguen y el rechazo de los demás a hacerse cargo de los problemas de infelicidad de los que lo padecen. Unos esconden su infelicidad y los demás escapan de asumir cargas ajenas y el resultado es la ocultación del fenómeno de la soledad mal vivida o la incomunicación severa.

Aquí nos encontramos de nuevo con el hecho de que la comunicación no puede ser decretada por ley y, por tanto, es necesario fortalecer los niveles de solidaridad e implicación personal con la colectividad para ofrecer entornos que faciliten la comunicación de proximidad. Esto solo se puede hacer desde la proximidad y la implicación comunitaria. El equilibrio entre la exigencia de la responsabilidad personal y la implicación colectiva también está presente en este punto.

La oferta de un sustituto de una voz amiga anónima, que encuentra su fundamento en la metodología de la escucha activa, es una estrategia que ha demostrado su eficacia, pero no puede sustituir la acción para promover unas relaciones de proximidad más implicadas comunitariamente.

16. Estruch, J. i Cardús, S. (1981). Plegar de viure. Un estudi sobre els suïcidis. Edicions 62, Barcelona.

La repercusión social

La incomunicación social se ha relacionado con la soledad, con la enfermedad mental y con las tasas de suicidio, hasta tal punto que, en dos países, Japón y el Reino Unido, se ha creado un ministerio de la soledad, preocupados por la dimensión del tema, pero sobre todo por su repercusión social. La pandemia de la Covid-19 con las restricciones en las relaciones sociales, habría agravado el problema. Se ha llegado a considerar la soledad como el gran reto o pandemia del siglo XXI. Se relaciona la soledad con falta de productividad, con mayor riesgo de enfermedad, cambio en los hábitos de consumo y de relaciones interpersonales, especialmente entre los jóvenes.

Con el inicio de la decadencia de la sociedad industrial con el crack del petróleo de los años 70 y la teorización de las sociedades postindustriales, toda una serie de teorías sociológicas para describir la nueva modernidad insistían en el quebrantamiento de las formas clásicas de socialización como la familia tradicional, la seguridad de los valores tradicionales, la inseguridad en el mercado de trabajo, la inseguridad de la globalización, la urbanización creciente en grandes ciudades, como elementos que estaban cambiando la vida social y el comportamiento de las personas consolidando el valor de la individualismo y el consumismo. La teorización de la sociedad del riesgo de Ulrich Beck[17] y de Anthony Giddens[18] o de la sociedad líquida por Zygmunt Bauman[19], apuntan a la fragilización del individuo falto de apoyos comunitarios en transformación para abordar los cambios culturales, sociales y económicos del tiempo que le ha tocado vivir. Estos factores estarían en la base del nuevo malestar de las sociedades modernas y avanzadas.

Desde la psicología también se advertía del sufrimiento de estas transformaciones sociales y la adaptación de los individuos a las nuevas situaciones. También desde la economía, el premio Nobel Joseph E. Stiglitz anunciaba el malestar a raíz de la globalización[20].

Con la aceleración de las transformaciones sociales y económicas hacia la sociedad digital, las referencias al malestar social y cultural en las sociedades más avanzadas se han ido incrementando. Cada sociedad tiene su malestar, y con el aumento de las capacidades reflexivas de nuestras sociedades avanzadas, cada vez somos más conscientes desde que Freud teorizó esto en su famoso ensayo sobre el Malestar en la Cultura[21], y ese malestar se agudiza en los procesos de transformación de los modelos sociales, como los que estamos atravesando en la actualidad.

---

17. Beck, U. (1998). La sociedad del riesgo. Paidós.
18. Giddens, A. (2000). Consecuencias De La Modernidad (1.a ed.). Alianza.
19. Zygmunt, B., & Rosenberg. (2020). Modernidad Líquida (1.a ed.). Fondo de Cultura Económica.
20. Stiglitz, J. E. (2003). El malestar en la globalización (1a. ed. 8a. imp. ed.). Taurus Ediciones.
21. Freud, S., & Muñoz, A. B. (2017). El malestar en la cultura. Akal.

Visto desde la perspectiva histórica de la evolución de las sociedades, los procesos de cambio de modelos sociales cubren un período extenso, normalmente convulso, por la acumulación de cambios en diferentes ámbitos tecnológicos, científicos, económicos, culturales y sociales que exigen un esfuerzo suplementario de adaptación por parte de toda la población. Se construyen nuevos patrones de comportamiento individual y colectivo, se transforman los valores, las instituciones de socialización primaria, las formas de familia y su rol, los mecanismos de relación humana, las relaciones con el vecindario... En estas épocas se construyen nuevos modelos culturales y sociales de la individualidad y su relación con la sociedad y la comunidad.

En la sociedad industrial, el paso de la sociedad rural y agrícola a la industrial supuso transformaciones importantes en los valores familiares, los modelos de identidad de los individuos, los modelos de comportamiento entre los géneros, las relaciones vecinales en un contexto urbano, los modelos de consumo... la individualidad se autonomizó unos cuantos grados más de la comunidad por la transferencia al Estado de algunas de las funciones que la familia y el entorno primario ejercía como red de apoyo de los individuos. Este proceso se concretó, especialmente en Europa, en los modelos de Estado del Bienestar, en el que el Estado provee los servicios materiales necesarios para cubrir las posibles eventualidades de la vida, para asegurar unas condiciones de producción estables donde las actividades de los mercados pudieran prever y llevar a cabo los cálculos necesarios de seguridad económica.

En la medida en que las transformaciones tecnológicas y económicas de los procesos de producción en unas condiciones de globalización de la actividad económica inician la evolución de la sociedad industrial hacia la sociedad digital o del conocimiento, este marco estable explosiona y requiere a los individuos un nuevo esfuerzo de adaptación, que en los primeros momentos de los cambios, a finales del siglo XX, son percibidos como nuevas tendencias y como la construcción de un nuevo modelo de individualidad, en el que los individuos todopoderosos pueden vivir con grados más elevados de libertad y casi como dioses que pueden modelar los cuerpos, decidir sobre la vida, la naturaleza, las leyes conocidas de la física, y casi crear nueva vida.

Esta euforia inicial se transforma progresivamente, a medida que avanza el siglo XXI, en la constatación de la debilidad de la nueva individualidad y la exposición a nuevos riesgos por la descompensación de la capacidad de controlar el propio entorno por parte del individuo, comparado con la dificultad de la comunidad y del Estado del Bienestar de ofrecerles las seguridades necesarias para planificar una vida cómoda, más cuando la comodidad y la búsqueda de la felicidad se configuran como uno de los valores prioritarios en las sociedades de la abundancia.

El redescubrimiento de la fragilidad de la condición humana y del nuevo prototipo de individuo del siglo XXI, seguramente concienciados por la magnitud de los grandes retos del siglo, especialmente por los efectos del cambio climático y que por primera vez se teme abiertamente por la seguridad de la vida en el planeta, conlleva nuevos interrogantes sobre el papel de la comunidad y del Estado del Bienestar[22].

Para vivir felizmente en la nueva sociedad digital se necesitan unos individuos más fuertes en el contexto de una comunidad más densa y activa y con un Estado del Bienestar capaz de universalizar la cobertura de las contingencias materiales, pero también que sea capaz de ofrecer apoyos necesarios para cubrir las tensiones de los equilibrios emocionales. Al menos durante la fase larga de transición hacia la nueva sociedad, en espera de poder construir nuevos marcos de seguridad y de estabilidad en la maduración de la nueva sociedad, necesarios para la expansión de las nuevas formas organizativas tanto económicas, como sociales, culturales y políticas, tal como ha sucedido en todos los procesos históricos de transformación de los modelos sociales conocidos hasta ahora.

Estos nuevos interrogantes comportan también hacerse la pregunta sobre qué papel debe tener la comunidad y el Estado en la regulación y provisión de los nuevos servicios del Estado de Bienestar que vaya más allá de los aspectos materiales y asegure también las tensiones emocionales de la población. Nace así la concepción de la sociedad del bienestar bautizada como la sociedad de los cuidados, con una nueva distribución de funciones entre Estado y comunidad en la definición y provisión de los servicios de atención a las personas, con una renovada ambición que sean estructurales y universales, vista la experiencia de las limitaciones del Estado del Bienestar del siglo XX[23].

Y el modo de hacer del siglo XXI exige que la sociedad[24] debe ser compatible e incluso debe promover una libertad individual aún más sólida que debe ir acompañada de responsabilidades individuales hacia la sociedad y la comunidad también más elevadas.

En este contexto, el aislamiento social y la soledad no deseada, es vivida tanto individual como colectivamente como un fracaso. En plena explosión de la comunicación a través de las redes sociales, en una sociedad hiperconectada, ejerciendo una fuerte presión en el comportamiento de las personas, parece como si la soledad fuera un refugio para alejarse del ruido de la presión social y ganar una cierta intimidad pero que para algunas personas se convierte en un sufrimiento callado. La alarma suena y se extiende[25].

---

22. Gomà, R., i Subirats, J. (Coords.) (2019). Canvi d'època i de polítiques públiques a Catalunya. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
23. Esping-Andersen, G., & Luco, B. A. (1993). Los tres mundos del estado del bienestar. Alfons el Magnanim.
24. The Care Collective. (2021). El manifest de les cures la política de la interdependència. The Care Collective.

La superación del fracaso de la desconexión social no puede venir de la estigmatización o la medicalización de la soledad, sino del impulso de unas nuevas bases de relaciones personales basadas en la solidaridad, la empatía y las identidades colectivas que sean a la vez la cuna de unas individualidades con mucha más capacidad de influir en las fronteras de la ciencia, del espacio y del tiempo en un nuevo contexto tecnológico, económico, urbano, territorial local y global, y al mismo tiempo el espacio de carga de nuevas energías, de cuidado de las tensiones y de maduración de nuevos proyectos colectivos. Poner en el centro de los procesos de socialización de los individuos las relaciones personales y no las relaciones institucionalizadas del consumo y de los medios de comunicación que en todo caso deberían estar bajo el control democrático con una jerarquía de valores consensuados colectivamente.

Es en las intersecciones de la individualidad y la colectividad en las que es posible evitar la multiplicación de los perdedores de la transición hacia la sociedad digital y asegurar una vida de mayor bienestar a toda la población, evitando reproducir las tensiones dramáticas que se produjeron en el siglo XX por no haber afrontado a tiempo y adecuadamente esta cuestión.

La conversación como cura del malestar

Con este titular un medio de comunicación[26] titulaba la experiencia del Teatre Lliure de poner "la mesa" como espacio de conversación entre el público con un formato alternativo de debate público en el que todos pueden sentarse y opinar. La experiencia de los servicios del Teléfono de la Esperanza y el de la Prevención del Suicidio aportan cinco elementos de reflexión:

> Ponen en valor el poder transformador de la conversación, aunque solo sea para ayudar a visualizar las tensiones y angustias de la persona que se expresa bajo la presión del malestar, y mucho más cuando contribuye a su elaboración racional, tal como expresan con una gran lucidez los voluntarios/as que participan.

> El carácter voluntario de la relación de los individuos con el servicio, tanto de sus usuarios/as como de los prestadores/as que aporta un clima de libertad altamente constructivo y enriquecedor para las conversaciones a establecer. Es una relación en la que ambas partes salen ganando personalmente, unos porque descargan tensio-

25. Department for Digital, Culture, Media & Sport. (2017). Community Life Survey: Focus on Loneliness 2017–18 (020 7211 2210). Government of the United Kingdom. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/949242/Community_Life_Survey_Focus_on_Loneliness_201718_V2.pdf

26. Puig, S. P. (2021). La conversa és la cura del nostre malestar. Crític. https://www.elcritic.cat/mes/espai-critic/la-conversa-es-la-cura-del-nostre-malestar-80989

nes y los otros porque reciben más que lo que dan, parafraseando las declaraciones de algunos voluntarios.

> En el caso del Teléfono de la Esperanza, la iniciativa de la sociedad civil a través de la Fundación Ajuda i Esperança contribuye a generar patrones y difundir comportamientos alternativos de implicación comunitaria de las personas. Y en el caso del Teléfono de la Prevención del Suicidio, la iniciativa pública de establecer una colaboración público-privada entre el Ayuntamiento de Barcelona y la Fundación materializa una de las líneas más prometedoras para afrontar los retos de las sociedades avanzadas, hoy ampliamente reconocidas pero de materialización aún incipiente.

> La exigencia de una elevada profesionalización de los voluntarios de la escucha basada en un riguroso control metodológico de los procesos de las conversaciones que facilite la incorporación de toda la acumulación del saber y la inteligencia colectiva desarrollada por las ciencias humanas y sociales.

> El anonimato entre el usuario/a y el escucha o el orientador/a contribuye a generar un clima de confianza en un espacio de tiempo muy corto totalmente necesario para facilitar la rápida manifestación del malestar interno. El reto que plantea este recurso de urgencia es su articulación en un conjunto de recursos que faciliten la resolución de los factores desencadenantes del malestar.

De esta reflexión, salen varias propuestas de desarrollo futuras a partir del análisis de los datos obtenidos:

> La extensión territorial de los servicios telemáticos de los dos teléfonos para poder llegar más fácilmente a un público más amplio para su integración en las redes de apoyo local que faciliten tanto la detección preventiva de los problemas como la movilización de los recursos de proximidad para su tratamiento.

> La especialización de la atención telefónica en las diversas problemáticas detectadas y con la diversidad de públicos que las sufren (adolescentes y jóvenes, personas mayores, inmigrantes, violencia de género...).

> El impulso de un espacio de encuentro científico que ponga en común los conocimientos y los avances en la comprensión de las nuevas condiciones del malestar personal y de las metodologías y herramientas para abordarlo.

> El impulso de una línea de comunicación y difusión para contribuir

a generar la toma de conciencia entre la ciudadanía y los responsables de las administraciones públicas para movilizar recursos y voluntades para avanzar en la construcción de nuevas pautas de las relaciones personales y colectivas.

En síntesis, se trata de atrevernos a abordar con confianza y visión de futuro los retos y las tensiones que provoca la transición hacia nuevas formas sociales impulsadas por las innovaciones tecnológicas y económicas de forma que sean generadoras de un mayor bienestar personal y colectivo.

Abstract

The Ajuda i Esperança Foundation (FAiE, Fundació Ajuda i Esperança) is a private non-profit organization created in March 1987 to promote, encourage, and support the urgent and immediate emotional support service called Hope Line (TE, Telèfon de l'Esperança). This phone helpline, which is still operational today, was founded on 19 March 1969 by Mr Miquel Àngel Terribas, the promoter and director until his death in 1986.

On 6 August 2020, the FAiE launched another service in agreement with the Barcelona City Council, the Suicide Prevention Line (TPS, Telèfon de Prevenció del Suïcidi), specifically aimed at people who exhibit some type of suicidal behaviour, as well as at those around them, and at those left behind after the death by suicide of a person close to them.

The Hope Observatory project began with the support of the "la Caixa" Foundation during 2020 with the aim of analysing the information collected by the Hope Line and the Suicide Prevention Line, concerning the people helped and their problems in order to contrast it with an analysis of current social phenomena and generate a knowledge base to provide ideas and proposals for improving care for vulnerable people.

This publication is the first result of the Observatory that aims to become a meeting point to reflect and propose how to deal with the emotional tensions of the population generated by the social, economic, and cultural transformations of our time, in order to build the foundations for the development of a welfare society for all citizens.

The TE project is a helpline open 24 hours a day, 7 days a week, in order to offer a safe space for listening and talking, and which is anonymous, non-judgmental, confidential, and free. We call the voluntary people who answer the phone listeners. Listeners must first go through a selection process where it is determined if vitally, they are in a moment of emotional stability, and have the communication and emotional skills needed to handle the type of calls they may receive on the TE. Subsequently, they receive theoretical and practical training on empathy and active listening. This training is given by mental health professionals. There is also an individual and group emotional support service run by expert psychologists.

The TPS involves the enabling of a new phone line by Barcelona City Council (900 92 55 55) to answer calls where, specifically, suicidal thoughts or behaviours are shown, as well as from people around the suicidal person and those left behind after the death by suicide of a person close to them. Like the TE, it is a 24/7 helpline run by volunteers, whom we call counsellors, who are trained and supervised by mental health professionals.

The TPS is a tool whose primary goal is to prevent suicide in situations of imminent risk. In these cases, we seek the active cooperation of the caller to ensure its safety and alert the Medical Emergency System (SEM, Sistema d'Emergències Mèdiques) so that they can take the necessary action to effect a rescue. But the TPS also has other important goals related to suicide prevention: linking the person to other support resources (mental health, social services, suicide prevention organizations, and survivor care); and, if they are already linked, to encourage therapeutic adherence. Thus, the TPS acts as a radar for detecting those people who are not linked to other community resources and becomes a gateway to these initiatives.

The anonymous stories collected on the phones of the Hope Line and Suicide Prevention Line show the deep pain of some social groups who turn to a friendly voice to be heard.

The high number of calls received during the year on the two telephones (55,948 calls), more than 150 daily, which come mostly from Barcelona city and its surroundings, but which also come from beyond the city limits, show that this is no minor problem. Furthermore, it is safe to say that the two phones only detect the tip of a much larger iceberg of unhappiness.

The increase in calls received on the Hope Line during the first months of the state of emergency in response to the COVID-19 pandemic, as well as the rapid growth in the volume of calls coming to the Suicide Prevention Line, since its inception in August, reflect the worsening situation due to mobility restrictions imposed in the fight against coronavirus. The pandemic has acted as a stress test of society's ability to live through large-scale emergencies, highlighting existing flaws and showing the weaknesses of social organization.

The personal and social problems expressed through the two telephones revolve around six main themes: suicidal thought, mental illness, relationship problems, unwanted loneliness, physical health, and economic poverty. Each of them has its own dynamics, but they are often interrelated and feed back on one another. All of them are characterized by personal suffering that each person faces with their own abilities and with the resour-

ces they obtain from the people around them and from those that society puts at their disposal. The experience gained on both phones shows that there are not enough of these resources or that the resources themselves are insufficient to contain the discomfort of the tension at bearable levels. In fact, the two helplines generate a new resource of an anonymous friendly voice that has proven its worth in alleviating emotional tensions and to avoid extreme situations.

The anonymity on which the telephone methodology is based does not allow for in-depth knowledge of the characteristics of the callers, but broadly they show clear profiles: In the case of the Hope Line, women are in the majority, especially among older people. The majority of them are adults, but with two significant age groups, the youngest group (18–39 years old) and the over 65s. The two groups at the extremes, under the age of 18 or over the age of 80, are more in the minority, without this meaning that their problems are less important, but that they are less focused on this service.

They are people from all social levels, although almost half have a basic level of education. In most cases they are people who live alone, although a third live in a couple or with other relatives; and the vast majority are not active in the labour market, either because they are on leave, because of retirement, or because they do not have a paid job. Almost all have been or are being cared for by health or social services systems, although in some cases, the phone service is the first point of contact which can then lead to medical or social care.

On the Suicide Prevention Line, the profiles are similar. The majority of calls are from women, and this increases for women with suicidal thoughts. In terms of age, the majority are also middle-aged, but the proportion of young people under the age of 29 is higher in this case, almost a third, than on the Hope Line. They are mostly single people, half of whom live alone and the rest with family or in other formulas. Physical loneliness is not as prevalent as in the case of the Hope Line. Most do not work, although people with a paid job are more likely to make calls to the Suicide Prevention Line than to the Hope Line. The territory involved is similar.

In the case of the Suicide Prevention Line, mental health issues are much more prevalent than on the Hope Line.

If this is the anonymous profile of people using both phones, the exact size of the entire iceberg is more difficult to figured out. The problems that the listeners and counsellors of the services pick up in their conversations have a common denominator, which is a personal pain that cannot be expressed confidently in the personal or social environment and so find comfort, but which may be expressed in telephone communication with a person only

known by their voice and who offers understanding and companionship. A personal distress, which can be of different degrees of intensity, but which is always sufficiently problematic for the person to pick up the phone and explain it to another person who does not personally know their concerns, even if it is, as is well indicated by the volunteers, to hear their own voice and appease their lack of communication.

The experience of the Hope Line and Suicide Prevention Line services provide five elements for reflection:

> The value of the transformative power of conversation, if only because it helps visualize the tension and anxiety of the person expressing themselves under the pressure of pain, and much more if it contributes to rational production, as has been clearly expressed by the volunteers who take part.

> The voluntary nature of the relationship of individuals with the service, both its users and the people that provide a highly constructive and enriching climate of freedom for the conversations to be established. It is a relationship in which both parties personally gain, some because they release tension and others because they receive more than they give, paraphrasing the statements of some volunteers.

> In the case of the Hope Line, the initiative of civil society through the Ajuda i Esperança Foundation contributes to generating models and disseminating alternative behaviours which are of consequence in the community. And in the case of the Suicide Prevention Line, the public initiative to establish a private-public collaboration between the Barcelona City Council and the Foundation shows one of the most promising lines for facing the challenges of advanced societies, widely recognized today but still only beginning to be developed.

> The demand for a high level of professionalism in listening volunteers based on a rigorous methodological control of the processes of conversation that facilitates the incorporation of all the accumulation of collective knowledge and intelligence developed by human and social sciences.

> The anonymity between the user and the listener or counsellor helps to generate a climate of trust in a very short space of time which is absolutely necessary to facilitate the rapid manifestation of internal distress. The challenge posed by this emergency resource is to articulate it within a set of resources that facilitate the resolution of the factors that trigger the pain.

Fundación Ajuda i Esperança

La Fundación Ajuda i Esperança es una organización privada sin ánimo de lucro creada el marzo de 1987 para promover, fomentar y apoyar al servicio de comunicación y orienta-ción urgente e inmediata llamado Teléfono de la Esperanza. Este servicio de atención telefónica fue fundado el 19 de marzo de 1969 por padre Miquel Àngel Terribas, promotor y director hasta su muerte en 1986.

Su misión es ofrecer atención social a través de personas voluntarias en un marco de total anonimato y confidencialidad con el objetivo de mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas que viven situaciones de soledad, incomunicación o sufrimien-to, contribuyendo así a crear una sociedad más solidaria, acogedora y resiliente.

Patronato de la Fundación

Rosa Navas
Presidenta

Ramón Tous
Vicepresidente

Javier Martinez
Secretario

Pedro Barceló
Tesorero

Ana González
Vocal

Enric Armengou
Vocal

Esperança Esteve
Vocal

Joan Maria Terribas
Vocal

Josep Herrero
Vocal

Mireia del Pozo
Vocal

Nekane Navarro
Vocal

Cristina Molina
Vocal