

F. Villar-Cabeza ¹ 
M.C. Navarro-Marfisis ² 
A. Jimenez-Lafuente ²
M. Vila-Grifoll ¹ 

1 Child and Adolescent Psychiatry and Psychology Department, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, España.
2 Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Doctor Antoni Pujadas 42, 08830 Sant Boi de Llobregat, España.

*** AUTOR DE CORRESPONDENCIA**

Francisco Villar-Cabeza
Correo: francisco.villar@sjd.es

La actualidad de la prevención del suicidio en la adolescencia, grandes esfuerzos y peores resultados ¿Por qué?

En 2014 la OMS marcó un punto de partida con la publicación de *Preventing suicide. A global imperative* (1): el inicio de una década dorada con esfuerzos históricos en comprensión, investigación y prevención de la conducta suicida, que se han visto redoblados desde todos los ámbitos:

1. Asociaciones de familiares y de supervivientes — antes inexistentes— se han multiplicado y, de su mano, el trabajo de concienciación, visibilización y formación.
2. Asociaciones profesionales especializadas en suicidio, como la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (creada en 2015 encargada del informe anual del Observatorio del Suicidio en España) y la Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del suicidio (PAPAGENO). Con una importante repercusión en la concienciación, promoción y formación para la prevención del suicidio.
3. A pesar de las quejas sobre la falta de un plan nacional de prevención del suicidio, las comunidades autónomas, con la sanidad transferida, han asumido este desafío extendiendo una red de planes de prevención del suicidio que prácticamente cubre todo el territorio. Además, ha habido una colaboración sin precedentes entre los sectores de sanidad, educación y servicios sociales que han asumido la prevención como algo propio, con la elaboración de protocolos y guías conjuntas para el ámbito de la salud y la educación. Este reto asumido por las comunidades ha dado lugar a iniciativas enriquecedoras e inspiradoras basadas en la experiencia: 1) el circuito específico de prevención de suicidio en Baleares, 2) el Código de Riesgo de Suicidio de Cataluña y 3) la implementación del programa YAM (2) en Galicia (intervención universal en colegios con mayor validez).
4. Se han establecido teléfonos de prevención del suicidio desde la administración, tanto a nivel nacional (024), como en diferentes comunidades (061 en Cataluña), iniciativas mixtas como el teléfono de prevención del suicidio del ayuntamiento de Barcelona con la Fundación Ayuda y Esperanza (900 925 555), o desde ONG como es el teléfono de la fundación ANAR (900 20 20 10).
5. Los esfuerzos en investigación y formación se han multiplicado a nivel internacional y nacional: no únicamente vinculados a la investigación, sino por la demanda y el interés de los profesionales de primera línea, interesados por una mayor formación. Esta generalización del interés muy probablemente se deba al mérito de los que siempre lo tuvieron como una prioridad, los que —durante tantos años—, tantos esfuerzos han dedicado en “la sombra” (publicaciones en revistas científicas, elaboración de guías clínicas, oferta de másters de formación específica y la realización de sesiones formativas en escuelas).
6. Los medios de comunicación, después de años de evitar abordar la problemática (intentando no provocar lo que pretenden prevenir) han desarrollado guías propias a partir de las pautas

y directrices de la OMS (3), que se han ampliado a recomendaciones para el cine y el teatro (4), convirtiéndose hoy en día en una herramienta más de prevención del suicidio.

No cabe duda de que estamos en el mejor momento histórico en cuanto a los recursos dedicados que, a su vez, contrasta con otra realidad, muy impactante y en parte decepcionante. Contrariamente a lo esperado, todos estos avances no han logrado revertir las cifras de suicidio: ni en el caso extremo —el de las muertes— ni mucho menos en las presentaciones menos graves, como son la conducta suicida sin resultado mortal (ideación, amenazas, gestos y tentativas autolíticas). El aumento de recursos ha coincidido con un aumento récord de la problemática, como se refleja en las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INE). En 2020, se aproximaron a la temida cifra de los 4000 suicidios con 3941 casos, cifra que se elevó a 4003 en 2021 y se consolidó en 4097 en 2022 (5). Los menores de 20 años también experimentaron un aumento, pasando de 62 casos en 2020 a 74 en 2021 y 84 en 2022. El aumento más impactante se observó en la conducta suicida en la adolescencia, como se refleja en los datos del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, donde las visitas a urgencias por conducta suicida se incrementaron de 400 en 2020 a 1000 en 2021, cifra que se repitió en 2022.

¿Qué está triturando todos los esfuerzos realizados? La respuesta es clara e inequívoca, las pantallas están impactando negativamente en los 4 objetivos de prevención del suicidio en la adolescencia según la OMS (6), a saber: 1) Reducción de acceso a métodos letales; 2) Comunicación responsable; 3) Incremento de habilidades de afrontamiento de los adolescentes e 4) Identificación precoz. Esta influencia perjudicial se produce a través de cinco vías interrelacionadas:

1. Por el incremento del dolor y el sufrimiento: sometiendo a los adolescentes a nuevas situaciones de violencia, como el *cyberbullying*. Promoviendo la conducta de comparación por la transmisión de ideales inalcanzables, la invalidación emocional, la disminución de la empatía y la mayor aceptación de situaciones de victimización.
2. Por el vaciado de las habilidades de afrontamiento de la vida: por la afectación de las funciones

ejecutivas y las habilidades sociales. Por la desconexión con el otro, por la pérdida de la propia lectoescritura y, por consiguiente, la capacidad de construir narrativas que dan sentido a la existencia. Todas ellas imprescindibles para hacer del mundo un lugar habitable.

3. Por el efecto contagio, y por el proselitismo entorno al suicidio, por los discursos a favor, por ofrecer una identidad como “suicida”.
4. Por el incremento de la capacidad de suicidio: por facilitar el acceso a la información de los métodos más letales, incrementando las fantasías suicidas y el incremento de la sensación de ser más capaz (si otros pueden, uno también).
5. Por el retraso al acceso a una ayuda formal: por la confusión que genera pedir ayuda en los entornos donde se generan e incrementan los problemas.

No, no es lo de siempre, no es el malestar inmanente a la adolescencia. Informes internacionales señalan el incremento progresivo del malestar, de la insatisfacción con la vida y de los sentimientos de desesperanza entre los adolescentes durante esta última década (7) y cada vez más informes alertan de la relación entre este incremento del malestar y el uso de pantallas (8). Datos que corroboramos los profesionales de primera línea, los que acompañamos, atendemos y escuchamos a los niños y adolescentes en sus peores momentos.

Ni la OMS en su informe de 2014, ni ningún profesional implicado en la prevención del suicidio pudo imaginar hace una década que la mejor intervención universal para la prevención del suicidio no sería necesariamente pedir más recursos. Hoy, la mejor intervención universal para la prevención del malestar en la infancia y la adolescencia y, por extensión, del suicidio es la prohibición de los móviles en esta etapa, junto con una estricta regulación del uso del resto de pantallas.

Durante esta década, nuestros menores han vivido con altas dosis de orfandad, en el mundo en el que han habitado no hay padres que los protejan, ni tutores que los orienten ni los guíen, ni amistad ni amor de proximidad. En la infancia y en la adolescencia la desconexión es la única forma de estar verdaderamente conectado.

CONFLICTO DE INTERESES

Sin conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

A todas las familias, por vuestra enseñanza, por vuestra fuerza, por demostrar una y otra vez que se puede, por compartir generosamente vuestro dolor y por el compromiso de transformarlo en prevención futura.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Preventing suicide: A global imperative: WHO; 2014.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
2. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, Kelleher I, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Musa GJ, Nemes B, Postuvan V, Saiz P, Reiter-Theil S, Varnik A, Varnik P, Carli V. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015 Apr 18;385(9977): 1536-44.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
3. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals; 2023.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/372691>.
4. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for filmmakers and others working on stage and screen Ginebra; 2019. Ginebra.
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte Año 2022. Datos provisionales; 2022.
https://www.ine.es/prensa/edcm_2022.pdf
6. World Health Organization. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries; 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report 2011-2021. National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of Adolescent and School Health; 2023.
https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/yrbs_data-summary-trends_report2023_508.pdf
8. Sapien Labs. Age of First Smartphone/Tablet and Mental Wellbeing Outcomes; 2023.
<https://sapienlabs.org/wp-content/uploads/2023/05/Sapien-Labs-Age-of-First-Smartphone-and-Mental-Wellbeing-Outcomes.pdf>