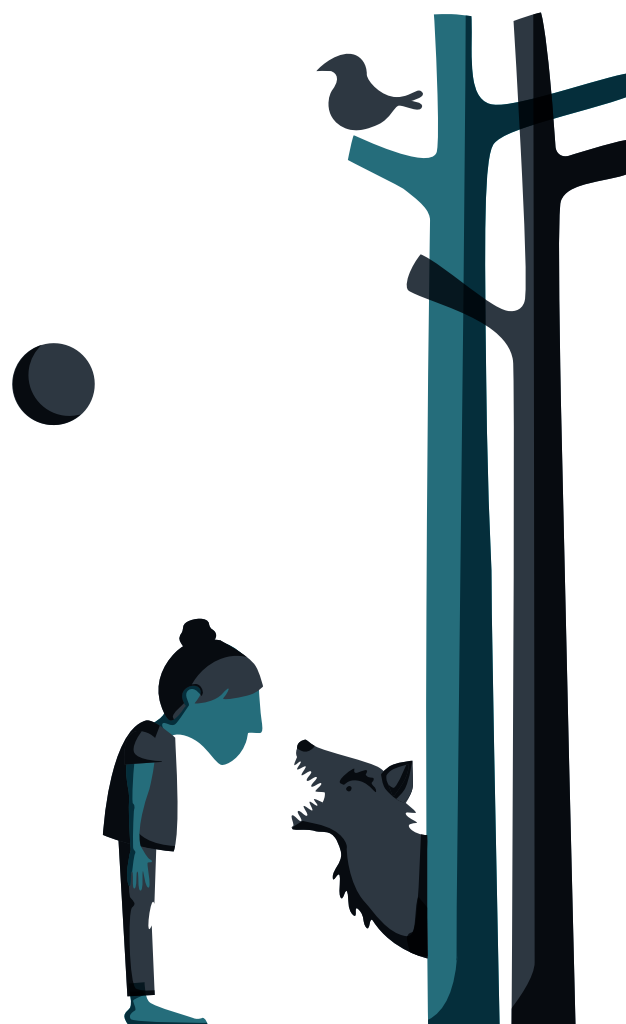




GUIA PER A LA PREVENCIÓ DEL SUÏCIDI A RUBÍ 2022



Ajuntament
de Rubí

GUIA PER A LA PREVENCIÓ DEL SUÏCIDI A RUBÍ 2022

Equip redactors:

Carles Alastuey, psicopedagog. Vicepresident de Després del Suïcidi - Associació de Supervivents (DSAS), de Barcelona.

Cecília Borràs, doctora en Psicologia. Presidenta de la DSAS.

Edita:@Ajuntament de Rubí

Correcció de textos: Tau traduccions SL

Disseny i maquetació: Marta Colomer/Tutticonfetti

Preimpressió i impressió: Imprinter SL

Dipòsit legal: B 19148-2022

Primera edició: Octubre de 2022

Tiratge: 150 exemplars

Índex

Pàgina	Apartats
3	PRESENTACIÓ INSTITUCIONAL
4	CAL QUE PARLEM DEL SUÏCIDI SI EL VOLEM PREVENIR.
5	1. EL SUÏCIDI A L'ESTAT ESPANYOL: UNES DADES POC CONEGUDES
7	1.1. LES XIFRES A CATALUNYA
7	1.2. COMPARATIVES DEL SUÏCIDI AMB ALTRES CAUSES DE MORT
8	2. COMPRENDRE LA CONDUCTA SUÏCIDA
11	3. ELS MITES I LES CREENCES EQUIVOCADES SOBRE EL SUÏCIDI
18	4. AIXÍ DONCS, ES POT PARLAR DEL SUÏCIDI?
20	5. ELS FACTORS DE RISC EN LA CONDUCTA SUÏCIDA
22	6. ELS FACTORS DE PROTECCIÓ EN LA CONDUCTA SUÏCIDA
24	7. QUINS SENYALS ENS HAN D'ALARMAR
25	7.1. SENYALS D'ALERTA VERBALS
25	7.2 SENYALS D'ALERTA NO VERBALS
26	8. TOTS PODEM SER AGENTS DE PREVENCIÓ, PERÒ ENS HEM D'ATREVIR A PREGUNTAR
27	8.1. QUÈ PODEM FER?
28	8.2. ENS POSICIONEM EN LA FRANQUESA I L'AFECTE
28	8.3. QUÈ PODEM DIR?
29	8.4. QUÈ NO HAURÍEM DE DIR
29	8.5. QUÈ NO HAURÍEM DE FER QUAN ALGÚ ENS MANIFESTA QUE ESTÀ PENSANT EN EL SUÏCIDI
31	9. UN ESMENT A LES AUTOLESIONS
32	9.1. LA DIFÍCIL DEFINICIÓ DE LES AUTOLESIONS
33	9.2. AUTOLESIONS NO SUÏCIDES (ANS)
34	9.3. PER QUÈ CAL PRESTAR ATENCIÓ SIGUI QUINA SIGUI LA SEVA INTENCIONALITAT
35	9.4. QUÈ PODEM FER QUAN ENS TROBEM AMB UNA SITUACIÓ D'AUTOLESIÓ
35	9.5. AJUDAR A IDENTIFICAR LES SITUACIONS QUE PORTEN A LES ANS.
37	10. RECURSOS GENERALS
39	11. RECURSOS A RUBÍ
41	12. BIBLIOGRAFIA



Presentació de la Guia per a la prevenció del suïcidi a Rubí

Rubí és una ciutat compromesa amb la salut, la salut en majúscules, aquella que abasta tot els factors que d'una o altra manera incideixen en el nostre benestar. Dins d'aquest compromís reivindiquem que la salut emocional és tan important com la física i que cal treballar-hi de manera proactiva, sense esperar que aparegui la malaltia.

En els darrers anys la preocupació per la salut mental i el benestar emocional ha augmentat arreu. La pandèmia de la COVID-19 ha agreujat el problema, però també ha ajudat a donar-li visibilitat i una atenció més gran. La nostra voluntat, com l'administració més propera a la ciutadania, és continuar treballant per la prevenció sense oblidar que, a vegades, no podem avançar-nos a la malaltia i que caldrà fer front a situacions de gran patiment.

De vegades el sofriment emocional és tan gran que es fa insuportable i la persona que el té està disposada a llevar-se la vida per posar-hi fi. La mort per suïcidi no és pas una anècdota: al llarg del 2020 es van treure la vida prop de quatre mil persones a l'Estat espanyol. Aquestes morts voluntàries són amagades i invisibilitzades; encara hi ha massa tabús i prejudicis al respecte. Sembla que el que no s'anomena no existeix, però res més lluny d'això: només si en parlem sense por podem acabar amb el desconeixement, els mites... i començar a aturar el problema.

Aquesta guia té com a objectiu donar a conèixer els factors de risc i els de protecció, tot oferint eines de detecció de la conducta suïcida i d'aquelles condicions que poden afavorir-la, així com facilitar recursos per saber com acompanyar les persones que puguin presentar aquestes situacions.

En nom de l'Ajuntament, vull donar les gràcies a totes les persones que han fet possible aquesta publicació i, molt especialment, a l'entitat Després del Suïcidi - Associació de Supervivents (DSAS). Totes i tots hem de treballar per crear entorns socials més amables i comprensius amb la malaltia mental i el patiment emocional.

Si sabem com actuar, tothom podem ser agents de prevenció.

Ana María Martínez Martínez
Alcaldessa de Rubí

Cal que parlem del suïcidi si el volem prevenir

Al llarg dels darrers anys anem constatant amb preocupació creixent que les problemàtiques relacionades amb la salut mental i el benestar emocional de la població augmenten exponencialment. L'impacte que genera l'actual societat postindustrial amb els efectes sobrevinguts de la pandèmia de la covid, les conseqüències del canvi climàtic, etc., ha ocasionat una profunda alteració en tots els aspectes de la nostra vida quotidiana i, sens dubte, ha contribuït a empitjorar un gran nombre d'indicadores econòmics, laborals, emocionals, que ja es trobaven desequilibrats per la crisi econòmica de les darreres dècades.

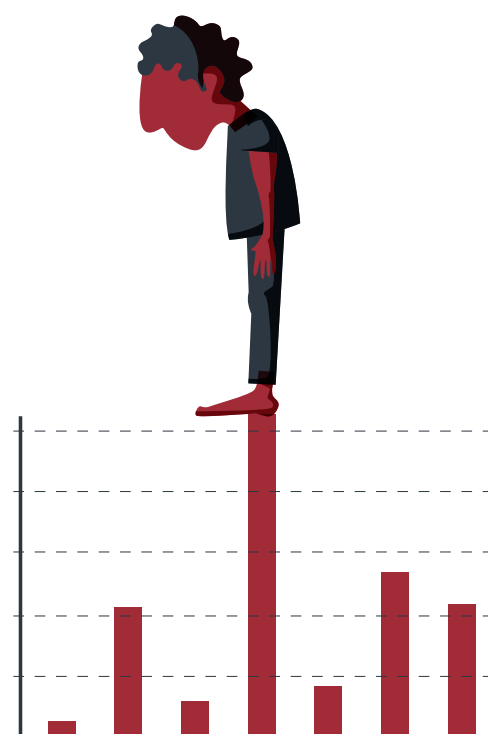
Una de les conseqüències més dramàtiques d'aquest període han estat les morts per suïcidi. Semblaria que el nombre de defuncions produïdes per aquesta causa és molt reduït i que aquestes es donen en condicions molt excepcionals. El suïcidi, però, no és una causa de mort inhabitual; és una mort silenciada i invisibilitzada per l'estigma i el tabú que l'acompanyen. Només al llarg de l'any 2020 es van llevar la vida gairebé quatre mil persones a l'Estat espanyol.

Si girem la vista als anys anteriors comprovarem que les xifres són terribles, una veritable pandèmia invisible que ens roba la vida de germans, germanes, pares, mares, parelles, fills, filles, amics, amigues, i marca tràgicament la vida de totes les persones que els estimaven, ja que seguim assenyalant i estigmatitzant la mort per suïcidi com una mort «sospitosa», on la pèrdua tràgica per aquesta causa suposa un dol no autoritzat i culpable.

Cal que parlem del suïcidi perquè cal fer el possible per aturar una xifra que no deixa de créixer. Cal que en parlem i que ho fem des de la pedagogia i la informació allunyada dels mites i la tergiversació d'una conducta que pot afectar qualsevol persona sense cap distinció.

Per això és important que retinguem els conceptes següents:

- 1. El suïcidi forma part de la conducta humana. Ens espanta pel nostre desconeixement i l'estigma que l'acompanya, però no ens és aliè.**
- 2. Les nostres idees preconcebudes no ajuden a la prevenció.**
- 3. La prevenció de la conducta suïcida no necessita coneixements especials, però sí que cal una pedagogia de com abordar-la sense prejudicis ni valoracions morals.**
- 4. El suïcidi no només suposa una mort tràgica; també causa un efecte devastador en l'entorn de la persona que hem perdut.**



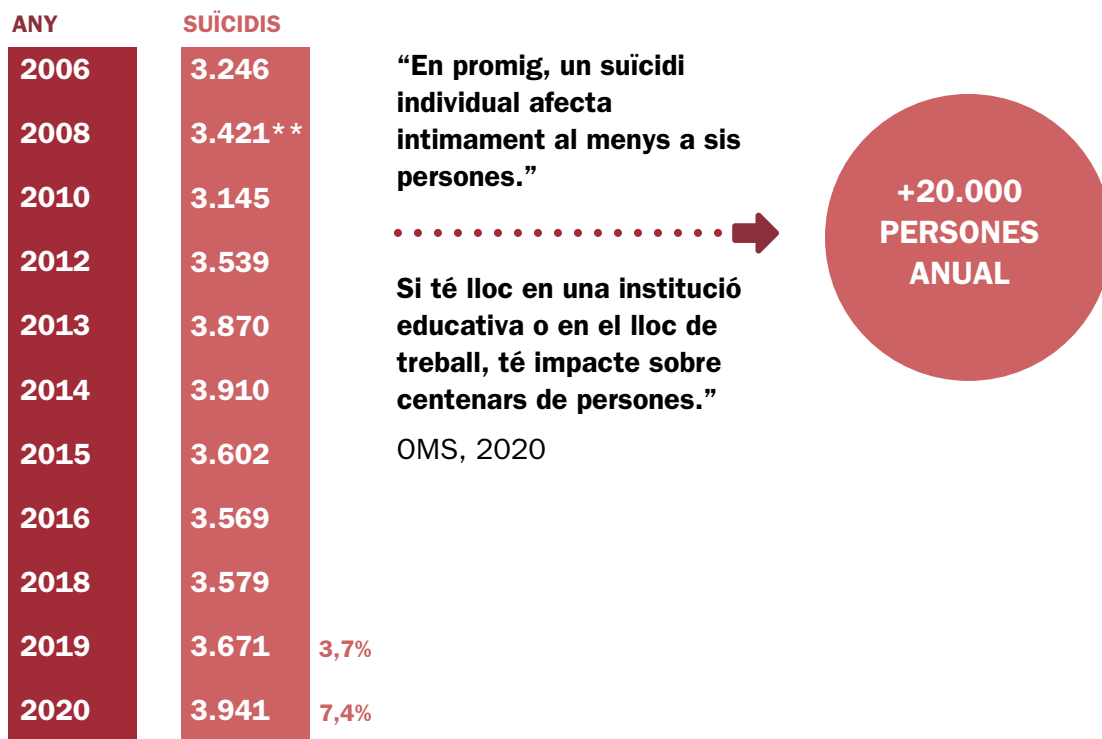
1. El suïcidi a l'estat espanyol: unes dades poc conegudes

1. El suïcidi a l'estat espanyol: unes dades poc conegudes

L'any 2020 van morir gairebé quatre mil persones (4.000) a l'Estat espanyol a causa del suïcidi, cosa que suposa que 11 persones moren per suïcidi cada dia. A més, des del 2008 és la primera causa de mort no natural i s'ha situat per damunt de les morts produïdes per accidents de trànsit.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2000) situa el nivell d'afectació a l'entorn proper de la persona que mor a causa del suïcidi al voltant de sis persones, però també aclareix que si es produeix en l'àmbit educatiu o laboral pot afectar centenars de persones. Si fem el càlcul, la xifra de persones afectades per una pèrdua per suïcidi resulta esfereïdora: al voltant de 20.000 persones cada any.

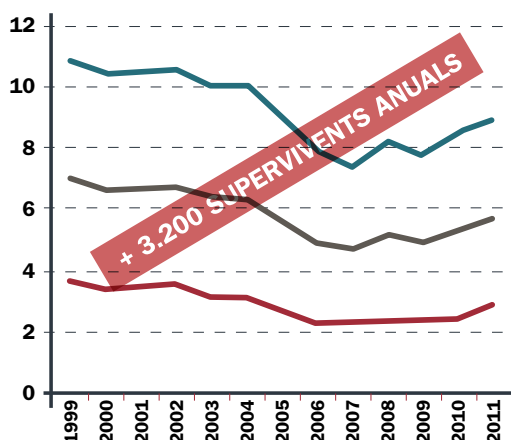
La Dra. Catherine Le Galès-Camus, subdirectora general de l'OMS de Salut Mental, ho resumeix d'aquesta manera: «Cada suïcidi suposa la devastació emocional, social i econòmica de nombrosos familiars i amics».



*Font INE ** Des de 2008 és la primera causa de mort no natural

1. El suïcidi a l'estat espanyol: unes dades poc conegudes

1.1. Les xifres a Catalunya



Al 2020 a Catalunya, s'han registrat 556

un 4% més.

Per provincies 2020

BARCELONA: 388

GIRONA: 62

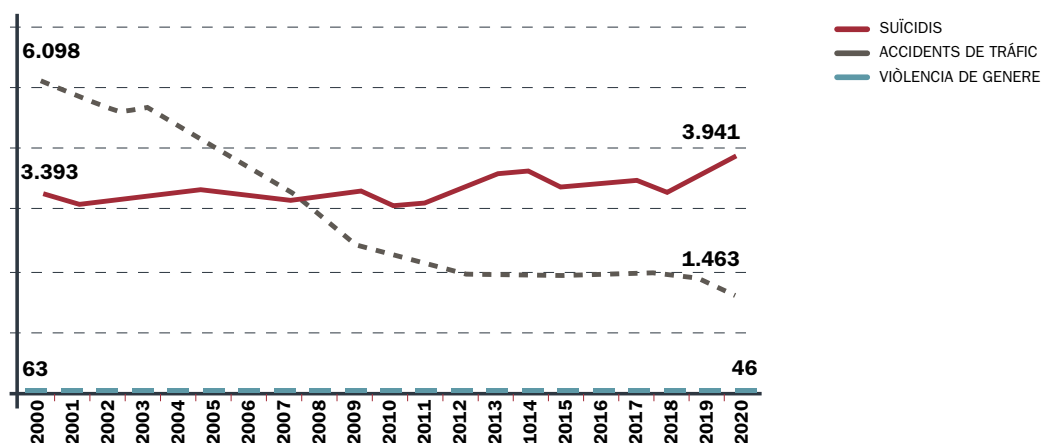
LLEIDA: 24

TARRAGONA: 82

Evolució de la taxa de mortalitat estandarditzada per edat (per 100.000 habitants) per suïcidis i autolesions. Per sexe, 1999-2011
Dades estandarditzades per edat. Mètode directe: població censal Catalunya 1991.
Font Registre de Mortalitat de Catalunya, 1999- 2011. Servei d'Informació i Estudis. Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Departament de Salut. Elaborat per l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Departament de Salut.

1.2. Comparatives del suïcidi amb altres causes de mort

Si comparem **les morts a causa del suïcidi amb les morts per accidents de trànsit i per violència de gènere**, en podem comprendre molt millor la magnitud, i com **l'estigma que acompanya el suïcidi contribueix que unes dades tan tràgiques es desconeguin**.



Observatorio del suicidio en España 2020



2. Comprendre la conducta suicida

2. Comprendre la conducta suïcida

- Més del 90 % de les persones que moren a causa del suïcidi pateixen algun tipus de malaltia mental, diagnosticada o no.
- Bona part d'aquestes persones pateixen depressions o trastorn bipolar greus.
- En el cas dels joves i adolescents no resulta tan evident la relació entre el trastorn mental i la conducta suïcida, fet que pot facilitar un abordatge preventiu incorrecte.
- Les persones moren a causa del suïcidi com a conseqüència d'aquests trastorns, però també per una sensació i percepció individual i intransferible de patiment extrem que les incapacita per analitzar la seva situació des de la lògica de la vida.
- És a dir, les persones poden morir per aquesta causa tal com d'altres poden morir de càncer o víctimes d'un infart. Són víctimes d'una malaltia o un trastorn momentani de la raó.
- El 10 % restant resulta de més difícil interpretació, però una part poden tenir relació amb desenganys amorosos, assetjament, crisis d'identitat (adolescents i joves majoritàriament), o amb un terrible sentiment de soledat (habitualment persones ancianes).
- Malgrat això no hauríem de parlar de suïcidi, sinó més aviat de suïcidis: tot suïcidi és un acte personal i individual. Cap persona no és igual a una altra i cada història mereix ser tinguda en compte, encara que ens costi comprendre les seves raons i acceptar el seu final.

*** Cal tenir molt present que quan pensem que el suïcidi pot ser una solució a la nostra situació, no volem morir realment: no podem o no sabem fer canvis en la nostra vida, percebem que la nostra situació és irresoluble i ens produeix un patiment emocional insuportable.**

Dos pensaments distorsionats ens dominen:

>> “No hi ha solució per al meu patiment.”

>> “Tothom estarà millor sense mi; d'aquí a poc no em trobaran a faltar.” Sentiment de ser una càrrega per als altres.

Podríem resumir les conductes suïcides de la manera següent:

- 1.** Són les que despleguem amb la finalitat d'acabar amb la pròpia vida.
- 2.** Suposen la verbalització del desig de llevar-se la vida, les amenaces de fer-ho, els gests i els actes preparatoris.
- 3.** Sobretot en el cas dels adolescents, no ha d'haver-hi necessàriament dany físic per entendre que existeix un risc.
- 4. Són multifactorials i profundament individualitzades; no se'n poden donar explicacions simplificades o úniques.**
- 5.** Suposen un continu que inclou ideació, planificació i execució.



3. Els mites i les creences equivocades sobre el suïcidi

3. Els mites i les creences equivocades sobre el suïcidi

Pel que fa als mites respecte del suïcidi, podríem afirmar que tot el que creiem que sabem sobre aquesta conducta és mes aviat erroni, ja que l'estigma que l'acompanya ha invisibilitzat la major part dels coneixements que ja en tenim.

La divulgació dels mites i les creences equivocades sobre el suïcidi resulta fonamental per poder treballar la seva prevenció, tot afavorint que la població en general i també els col·lectius professionals més directament implicats puguin comprendre la veritable magnitud del problema, així com la senzillesa d'alguna de les accions que es poden emprendre per ajudar les persones que es troben en aquesta situació.

>> No és cert que totes les persones que moren per suïcidi o que ho intenten pateixen una malaltia mental.

Ni totes les persones que pateixen una malaltia mental intentaran suïcidar-se, ni totes les persones que moren a causa del suïcidi són malaltes mentals. És cert que les que pateixen malalties mentals moren a causa del suïcidi en una proporció molt més gran que la població en general. La proporció del suïcidi consumat associat al trastorn mental és d'entre el 80 i el 90 % (depressions, esquizofrènies, trastorns de personalitat, síndromes drogodependents i alcoholisme poden ser factors que afavoreixen l'aparició de tendències suïcides), però **la qüestió que sembla comuna en el suïcidi és l'existència d'un gran patiment emocional.**

***Tota persona que mor a causa del suïcidi és una persona que pateix enormement. És aquest dolor extrem el que la condueix a pensar que l'única solució és la mort.**

>> No és cert que el suïcidi sigui hereditari.

No hi ha cap demostració científica que provi que el suïcidi s'hereta; no estem parlant d'una malaltia congènita ni hereditària. En determinades famílies hi pot haver una predisposició a patir alguna malaltia mental que tingui com a símptoma els impulsos suïcides (especialment de depressió major, trastorn bipolar o esquizofrènia) o algunes circumstàncies traumàtiques produïdes en l'entorn familiar faciliten la imitació de conductes autodestructives. En aquest sentit són molts els investigadors i terapeutes que adverteixen que els familiars d'un suïcida tenen més possibilitats de realitzar també una temptativa de suïcidi.

>> No és cert que el suïcidi no es pugui prevenir perquè és un acte impulsiu.

Existeixen casos de suïcidi en què no semblava haver-hi símptomes, avisos o indicadors previs, però constitueixen un percentatge molt baix, i és cert que resulten molt

3. Els mites i les creences equivocades sobre el suïcidi

diffícils d'evitar o preveure per a desgràcia de tots els que els estimen. Fins i tot en aquests casos sembla evident que hi ha una ideació o fantasies prèvies, així com alguns indicadors en el seu comportament, cosa a la qual tècnicament s'ha donat el nom de «síndrome presuïcida» (Ringel, citat per Diego de Leo, 2002). El desconeixement que tenim sobre aquestes conductes contribueix al fet que no les puguem detectar.

***No obstant això, habitualment hi ha nombrosos indicadors de conductes suïcides i, per tant, la millor contribució per ajudar les persones que es troben en aquest tràngol és la feina de prevenció i la divulgació dels recursos que hi ha a l'abast de les persones que les pateixen.**

>> No és exacte afirmar que el suïcida desitja morir.

Suposar que si una persona pensa a suïcidar-se o ho intenta res ni ningú podrà impedir-ho, nega els testimonis d'aquelles persones que una vegada superada la situació de crisi ens parlen de la desesperació d'aquell moment i dels seus sentiments negatius respecte a la vida.

La major part de les persones que tenen conductes suïcides volen alliberar-se definitivament del patiment emocional i anímic que pateixen. Els sentiments de vida i de mort es barregen, fins que aquests darrers s'arriben a imposar.

***Desitgen morir perquè no volen seguir vivint de la manera en què viuen, tal com va assenyalar Edwin S. Shneidman. Si es produïssin canvis en la seva vida, aquesta situació podria canviar, com així és en molts casos de persones que han superat crisis suïcides.**

>> No és encertat suposar que darrere de la millora d'un trastorn o després d'una crisi suïcida el risc de suïcidi desaparegui.

Desgraciadament és molt habitual que, quan sembla que les persones han millorat després de patir una temptativa o quan comencen a sortir d'una depressió, es produeixin intents més greus. **Les persones amb idees suïcides que ja han comès algun intent poden tenir tres vegades més possibilitats d'un nou intent que aquelles que no ho han intentat mai.** Gairebé el 50 % de les persones que pateixen aquest tipus de crisis han realitzat intents en els primers mesos de la seva millora. Aquest risc és especialment elevat al llarg dels dotze primers mesos aproximadament després de l'alta hospitalària i molt elevat durant els tres primers.

3. Els mites i les creences equivocades sobre el suïcidi

Aquesta possibilitat de risc és una causa d'extrema gravetat per a les persones que la pateixen, però sens dubte també provoca un gran patiment a les que les estimen, que contemplen impotents que la situació, lluny de millorar, empitjora.

*** Quan la situació física millora, les persones amb tendències suïcides poden seguir amb la idea de dur a terme aquesta acció, ja que les idees suïcides poden persistir. La interpretació del seu patiment no ha canviat, de manera que poden tornar a intentar-ho encara que exteriorment sembli que s'ha produït una millora en el seu estat.**

>> No és correcte afirmar que aquell que intenta suïcidar-se mai deixarà d'intentar-ho.

Desgraciadament ja sabem que hi ha persones que intenten suïcidar-se que de vegades realitzen diversos intents en espais curts de temps, però també poden repetir-se transcorreguts llargs períodes. Els pensaments suïcides poden tornar amb el pas del temps, però no hi són per sempre. En molts casos, superada la crisi no apareixen mai més.

*** Les crisis suïcides poden allargar-se durant hores i dies, però en rares ocasions per més temps. El més important és disposar de coneixements i recursos per facilitar la intervenció si es produeixen.**

>> No és cert que els intents de suïcidi només siguin una manera exagerada de cridar l'atenció.

El suïcidi i les temptatives suïcides ens indiquen de manera tràgica que aquella persona no sap com continuar amb la seva vida, que pensa que en la seva situació és molt millor morir que seguir vivint. Els suïcidis són en moltes ocasions una forma desesperada de demanar ajut, encara que ens pugui semblar una contradicció. És un últim recurs fruit de la desesperació i, tot i que de vegades l'última intenció no sigui morir, aquesta possibilitat, com bé sabem, no depèn solament de la persona que du a terme aquesta acció, sinó també de les circumstàncies que l'envolten.

Aquest criteri pejoratiu contribueix de nou a menystenir la persona que es troba en aquesta situació, a considerar-la digna de rebuig i a no dedicar esforços socials i sanitaris per atendre-la.

>> No és adequat suposar que qui realment es vol suïcidar no ho dirà.

Tal com hem vist, això contribueix a infravalorar les peticions d'auxili que de manera més o menys conscient fan les persones que es troben en aquesta situació.

3. Els mites i les creences equivocades sobre el suïcidi

>> No és cert que qui parla de les seves intencions suïcides no les durà a terme.

S'estima que al voltant del 75 % de les persones que consumeixen un suïcidi van fer alguna advertència abans de dur-lo a terme. De vegades de manera confosa i d'altres de manera explícita, la major part de les persones que anuncien les seves intencions de forma verbal o a través de la seva conducta es troben en algun punt de la cadena de comportaments que comença amb la ideació suïcida, que segueix amb la planificació concreta i que pot concloure amb la consumació de la idea.

En moltes ocasions es tendeix a infravalorar aquestes advertències i a interpretar-les com a intents de manipulació de les persones properes, xantatges o simplement amenaces, quan en realitat s'haurien d'entendre per norma general com a peticions d'ajuda.

*** Sembla més recomanable explorar aquestes manifestacions, preguntar sobre què és allò que ens vol dir quan fa aquestes afirmacions, i recórrer a professionals que poden establir clarament la gravetat d'aquests pensaments.**

>> No és correcte, per tant, afirmar que si es repta una persona amb impulsos suïcides no se suïcidarà.

Infravalorar aquestes afirmacions que interpretem com a amenaces o intents de xantatge i ridiculitzar-les no és gens recomanable en aquestes situacions. La vulnerabilitat d'una persona en aquest estat és màxima i qualsevol acció interpretada com a rebuig (encara que no sigui la nostra intenció) pot forçar la seva conducta d'autoagressió.

>> No és correcte associar la covardia o la valentia a les persones que moren a causa del suïcidi o que en cometen una temptativa.

El suïcidi no té res a veure amb ser covard i intentar fugir de determinats problemes, com se sol donar a entendre de manera simplista. Les persones que moren a causa del suïcidi, com ja s'ha assenyalat, pateixen profundament (P. Pinuaga, 1967). És a causa d'aquest patiment que consideren la mort com una solució a la seva situació vital. Si s'associa aquest comportament a una qualitat negativa de les persones, es contribueix a menystenir aquestes conductes i a facilitar-ne l'ocultació per part de qui pateix aquests impulsos.

3. Els mites i les creences equivocades sobre el suïcidi

De la mateixa manera, si atribuïm valentia al fet de suïcidar-se perquè implica «atrevir-se» a prendre aquest tipus de decisions, hi associem un valor que socialment suposem positiu. Moltes vegades creiem que amb això «reconeixem» en la persona que vam perdre una característica que l'honora. «Va ser valent...», es diu. No obstant això, en fer aquest tipus d'afirmacions podem reforçar una conducta que es considera digna d'imitar, o que cal tenir en determinades circumstàncies, com és el valor.

Tal com assenyala Pérez Barrero (S.A. Pérez Barrero, 1999), no hem d'acceptar que la covardia o la valentia de les persones es quantifiqui segons el nombre de vegades que algú vulgui llevar-se la vida o la respecti.

>> No és correcte pensar que només els professionals de la salut mental poden tractar amb persones que tenen idees suïcides o que estan a punt de realitzar un intent.

Com hem indicat anteriorment, gran part de les persones que tenen aquestes conductes pateixen alguna malaltia mental. No obstant això, hem de treballar en la idea ja esmentada que les persones amb tendències suïcides senten una enorme ambivalència pel que fa als seus pensaments relatius a la mort. Està demostrat que parlar-ne i raonar-hi amb la persona que els pateix contribueix a reforçar idees positives que la poden allunyar d'aquests impulsos.

Plantejar diferents punts de vista que ofereixin altres solucions, altres sortides, pot ser una possibilitat real per la qual aquella persona reconsideri els seus plantejaments de suïcidi.

*** El sentit comú, l'afecte, l'empatia no són monopoli de cap col·lectiu. En les circumstàncies que acabem d'assenyalar, qualsevol persona que sigui capaç de no perdre la calma i que connecti amb la persona que planteja suïcidar-se pot facilitar que ajorni la seva decisió i consideri parlar més de la seva situació.**

>> No és cert, per tant, que parlar del suïcidi de manera raonada pugui incitar a algú a cometre'l.

La suposició que parlar del suïcidi porta algú a reaccionar amb una conducta suïcida torna a alimentar la falsa idea que no es pot fer res per ajudar una persona que pateix aquests impulsos. Hem de reiterar l'evidència que oferir raonaments positius i favorables a la vida permet donar una visió alternativa de la situació.

3. Els mites i les creences equivocades sobre el suïcidi

>> No és correcte suposar que el suïcidi afecta una determinada classe social.

Les persones que moren a causa del suïcidi es troben en totes les escales socials. El suïcidi és una conducta humana que es presenta en països subdesenvolupats i desenvolupats i en qualsevol classe de règim polític. Sembla que estadísticament es produeix en major grau als països desenvolupats, però la seva condició multifactorial fa que afecti tot tipus de persones, pobres i riques, a pràcticament tots els llocs del món.

S'acostuma a associar, per exemple, amb crisis econòmiques, ignorant que el suïcidi és una evidència constant al llarg dels anys, hi hagi crisi o no. Les dificultats econòmiques, així com el deteriorament de la qualitat de la feina i de les condicions de vida, semblen provocar l'augment del nombre de suïcidis i temptatives, però aquestes interpretacions tan reduccionistes contribueixen a pensar que quan les condicions millorin no serà necessari seguir amb la intervenció i l'atenció als supervivents i que, desgraciadament, deixi de ser notícia d'interès.

El suïcidi no pot ser una excusa per parlar de la cara més tràgica de la crisi; és per si sol un greu problema de salut, tal com assenyala des de fa anys l'OMS (OMS, 2014: Prevenir el suicidio: un imperativo legal). Les seves conseqüències són socials, econòmiques i psicològiques, i tant els governs com els mitjans de comunicació han d'abordar-lo d'acord amb la seva gravetat: cada 40 segons mor una persona per suïcidi en el món.

>> No és cert que els mitjans de comunicació no puguin contribuir a la prevenció del suïcidi.

Com bé hem indicat anteriorment, parlar del suïcidi no suposa incitar aquesta conducta. De la mateixa manera, la informació raonada i amb una correcta orientació pedagògica sobre una conducta que provoca centenars de morts en el nostre país tampoc no pot suposar-ho. D'altra banda, si seguíssim aquest raonament, hauríem de preguntar-nos per què s'ofereix informació sobre accidents de trànsit o sobre violència de gènere.

S'han de rebutjar els tractaments sensacionalistes, que només s'endinsen en els detalls més tràgics amb l'única intenció d'obtenir beneficis econòmics i audiència, i que afegeixen patiment als éssers estimats de la persona que s'ha suïcidat.

Els mitjans de comunicació poden ser un instrument valuós de prevenció si en informar sobre aquesta realitat divulguen alguns conceptes bàsics perquè el públic tingui un millor coneixement general sobre els signes d'alarma d'una crisi suïcida, els llocs i els contactes als quals poden acudir si es pateixen aquestes idees o impulsos, i els grups i conductes de risc.



4. Així doncs,
es pot parlar del suïcidi?

4. Així doncs, es pot parlar del suïcidi?

Durant molt de temps la creença que no es podia parlar del suïcidi perquè això generava un efecte multiplicador de la conducta estava plenament avalada pel coneixement científic. Però el cert és que la qüestió fonamental és com parlem del suïcidi, ja que les evidències han demostrat que aquest silenci tendeix més aviat a afavorir l'estigma i no pas a millorar les estadístiques sobre aquesta realitat, que no fan una altra cosa que augmentar. L'efecte imitació ha estat un dels gran temors relacionats amb la conducta suïcida.

>> **Efecte Werther.** Imitació de la conducta suïcida després d'un suïcidi amb repercussió mediàtica o en un entorn determinat. També és conegut com a efecte contagi o suggestió del suïcidi. El seu origen es troba en la publicació de J.W. Goethe Les penes del jove Werther. Tanmateix, ara sabem que allò que afavoreix aquest efecte és l'abordatge incorrecte de suïcidis mediàtics o intervencions desencertades en determinats col·lectius i no pas el fet de parlar-ne. Enfront a l'efecte Werther hi ha l'efecte Papageno.

>> **Efecte Papageno.** Parlar de la conducta suïcida de manera pedagògica i responsable hi té un clar efecte preventiu. Fa referència a Papageno, personatge de la Flauta Màgica que és dissuadit de suïcidar-se per tres nens que li mostren alternatives vitals.

* L'efecte imitació és de **dobla direcció; depèn de la forma en què parlem del suïcidi, l'efecte preventiu és molt important.**



5. Els factors de risc en la conducta suïcida

5. Els factors de risc en la conducta suïcida

La conducta suïcida és multifactorial i de caràcter molt individualitzat, però malgrat això és fonamental tenir present que hi ha un seguit de factors que poden influir negativament en el seu desenvolupament.

Aquests factors tenen un efecte acumulatiu, que augmenta la vulnerabilitat de les persones. Tot i que és molt important tenir-los presents, la seva diversitat fa que resultin de difícil enumeració:

>> Individuals:

- Temptatives anteriors: major nombre = major risc.
- Antecedents d'autolesions.
- Malalties, dolors, discapacitats...
- Trastorns emocionals: depressió, trastorn bipolar, trastorn límit de personalitat...
- Consum de substàncies estupefaents, alcoholisme, cànnabis...
- Dificultats en l'orientació i identitat sexual.
- Embaràs prematur.
- Pressió a les xarxes, com ara els reptes virals.
- Manifestació de desesperança, pensament dicotòmic, perfeccionisme, impulsivitat.
- Accessibilitat a instruments letals.

>> Familiars i/o contextuals:

- Patir o haver patit abusos, situacions de violència i/o conflictivitat familiar.
- Sistemes familiars molt rígids.
- Dinàmiques familiars invalidants de les emocions.
- Acumulació d'esdeveniments estressants.
- Morts, ruptures, pèrdues...
- Antecedents de suïcidi.
- Patir assetjament escolar, ciberassetjament.
- Antecedents psiquiàtrics familiars.
- Pertinença a un col·lectiu vulnerable, immigrants, refugiats...

*** El coneixement dels factors de risc ens ha d'ajudar a atendre millor la població que pot resultar més vulnerable, però cal tenir present que la principal precaució que hem de prendre és no reproduir l'estigmatització de la condició de cada persona.**

S.O.S.



6. Els factors de protecció en la conducta suïcida

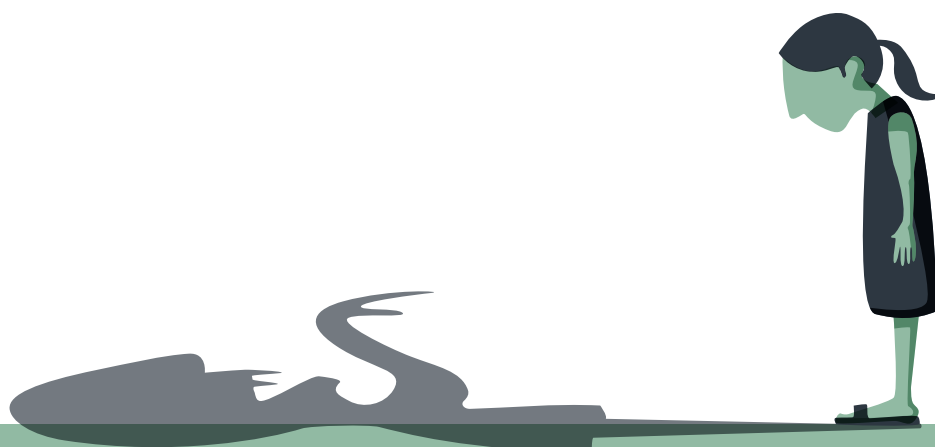
6. Els factors de protecció en la conducta suïcida

Sabem que el benestar emocional té molt a veure amb la possibilitat de minimitzar les conductes i els factors que generen risc en el desplegament de la conducta suïcida. Tot i que pot semblar una obvietat fer aquesta indicació, cal insistir que la prevenció del suïcidi és un treball ampli de transformació personal i col·lectiva per afavorir entorns socials i de relació més amables, més comprensius amb les nostres dificultats emocionals.

Per això, cal promoure decididament:

- L'accés i el suport a una bona salut emocional.
- Recursos de salut emocional en el nostre entorn proper.
- L'educació en les habilitats socials.
- Relacions familiars, amistats equilibrades i equitatives.
- El desenvolupament de la nostra autoestima.
- L'educació en la resolució de problemes.
- El desenvolupament de polítiques de salut emocional i de salut mental en l'Administració.

7. Quins senyals ens han d'alarmar



7. Quins senyals ens han d'alarmar

7.1. Senyals d'alerta verbal

>> **Comentaris negatius sobre el futur:** - Res no canviarà, no puc fer res per canviar-ho.

>> **Comentaris negatius sobre un mateix:** - Ningú no m'estima. La meua vida no val res. Ja no vull lluitar més. No l'importo a ningú i és millor morir...

>> **Comentaris sobre la mort, sobre la possibilitat de suïcidar-se:** - M'agradaria tancar els ulls i deixar de sentir. Com seria si estigués mort? Qui vindria al meu funeral? Vull morir. Vull llevar-me la vida però no sé com...

>> **Comiats escrits o verbals:** - Espero que em perdoneu pel que faré. No us haureu de preocupar més per mi. Us perdono per tot el que m'heu fet. Gràcies per tot el que has fet per mi.

7.2. Senyals d'alerta no verbal

>> **Canvis sobtats en la conducta habitual**

- Conducta inadequada.
- Canvis en l'aspecte, la higiene, l'alimentació, el descans.
- Augment de la irritabilitat, atacs d'ira, agressivitat.
- Canvi sobtat cap a la calma després de períodes de molta agitació.
- Aïllament.

>> **Aparició o augment de ferides, talls recents.**

>> **Consultes a internet sobre procediments** per llevar-se la vida, aconseguir medicaments, corda, armes, etc.

>> **Conductes de tancament:** fer regals d'objectes apreciats o amb alt valor sentimental. Reconciliacions inesperades. Gestos afectuosos infreqüents.



**8. Tots podem ser agents de prevenció,
però ens hem d'atrevir a preguntar**

8. Tots podem ser agents de prevenció, però ens hem d'atrevir a preguntar

Tenir presents els factors de risc i conèixer-los, així com comprendre que la seva acumulació augmenta el risc, constitueix un element preventiu important, però cal tenir en compte que **la millor manera de saber si hi ha un risc és preguntar, molt especialment en el cas d'infants i adolescents.**

El mite ens fa creure que això pot provocar la conducta que volem prevenir, però no és així, de la mateixa manera que si demanem a algú si fuma o pren drogues no augmentem el risc que ho faci.

*** El millor mètode per valorar i identificar la conducta suïcida continua sent preguntar directament a la persona.**

8.1. Què podem fer?

La nostra actitud ha de ser **l'escolta activa i empàtica**, sense retreure la conducta, amb l'objectiu clar d'asserenar la situació si és possible i avaluar el nivell de risc real de la situació per poder prendre decisions i orientar la seva direcció. Generalment no serem nosaltres qui abordarem el cas; en la major part dels casos cal una derivació i/o la intervenció d'altres professionals, l'entorn familiar... Tanmateix, si existeix un vincle amb la persona en risc, és molt important que aprofitem aquesta relació per explorar la situació prèvia i, en la mesura del que sigui possible, ajudar a verificar quines són les situacions que estan impulsant aquesta conducta. Si es pot, s'ha d'escollir un espai tranquil i que afavoreixi la privacitat. Així, doncs, cal:

- **No jutjar:** no posem en dubte el que ens diu, no qüestionem, no ens presentem com una autoritat, com un expert.
- **Validar** els seus sentiments.
- **No retreure** els seus pensaments sobre la mort.
- Mirar d'entendre que és el **que li provoca aquesta conducta.**
- **No minimitzar** la situació que està vivint.
- **No discutir.**
- **No interrompre.** En la mesura del que es pugui, la nostra intervenció ha de contenir frases curtes i expressions facilitadores.

8. Tots podem ser agents de prevenció, però ens hem d'atrevir a preguntar

- **Oferir seguretat i contenció:** no hem de mostrar angoixa ni por.
- **Transmetre esperança.**
- **Ajudar a buscar ajuda.**

8.2. Ens posicionem en la franquesa i l'afecte

Així mateix, cal:

- **Expressar obertament la nostra preocupació:** observem fets que ens fan pensar que no ho està passant bé.
- **Demandar directament què necessita:** ens podem oferir a ajudar.
- **Demandar si té algú de confiança** per valorar si és viable contactar-hi.
- **En el cas dels joves i menors d'edat,** és convenient explorar si el conflicte té origen en l'entorn familiar, a fi de minimitzar l'impacte d'aquesta informació i orientar correctament com s'ha de fer la comunicació als seus tutors legals.
- **No crear falses expectatives** sobre com canviarà el seu estat. No prometre res que no podem fer o complir.
- **Admetre la nostra incapacitat** per resoldre el problema, però fer sentir que estem al seu costat.

8.3. Què podem dir?

- 1. No banalitzem; fem-li costat i validem el seu problema:** «No sé si puc ajudar-te, però ho vull fer; segur que trobem una solució junts».
- 2. Disminuïm la seva visió reduccionista i visibilitzem la seva capacitat de fer front als problemes:** «T'he vist resoldre coses en el passat, tens bones habilitats per [...]» «Ara estàs desbordat/da i necessites deixar-te ajudar».
- 3. Fes èmfasi en la «temporalitat de les emocions»:** «Encara que ara t'ho sembli, aquest estat d'ànim no durarà sempre».
- 4. Posposar la decisió és una bona consigna:** «Encara que ara no vegis la solució, no vol dir que no existeixi».

8. Tots podem ser agents de prevenció, però ens hem d'atrevir a preguntar

5. Evidenciem la preocupació, que aquesta persona és important per a nosaltres, que no passa desapercibuda: «Pel que m'expliques, entenc que ho estàs passant molt malament. Potser ara penses que no hi ha solució, però això no vol dir que no n'hi hagi». «Em preocupa veure't així. Fa dies que et veig nerviós/osa, trist/a, agitat/ada [...]». «He observat que [...]». «Què puc fer per ajudar-te?» «Necessites ajuda?»

6. Si no vol parlar amb nosaltres, és important insistir que parli amb algú de la seva confiança i que nosaltres ho podem facilitar: «Voldries parlar amb algú altre, algú amb qui tinguis més confiança?»

8.4. Què no hauríem de dir

- No hauríem de dir coses com ara «Això que em dius és una tonteria, ja et passarà».
- **Cal no invalidar:** «No ho estàs dient seriosament!!! Això que dius és ridícul. Exageres».
- Tampoc no hem de **banalitzar la seva preocupació; si es tracta d'un cas greu, podem agreujar la conducta:** «Deixa de culpar els altres per les coses que et passen!»
- Fer afirmacions com ara «Què estàs dient, això no ho has de dir!» **augmenta l'aïllament i el malestar.**
- **La superreacció evidencia els nostres propis prejudicis:** «Em fas sentir malament. M'estàs ofenent. Ho fas a propòsit».
- **Si culpabilitzem, no assumim el nostre possible rol preventiu:** «Si fas això, faràs molt de mal a la teva família, als teus pares, als teus germans/es, als teus amics/gues, a la teva parella».
- **No sabem la relació i/o els conflictes que té la persona que presenta aquestes conductes, i això pot ser un element molt rellevant del seu malestar.**

8.5. Què no hauríem de fer quan algú ens manifesta que està pensant en el suïcidi

- **Ignorar la situació:** afavorim que es senti invisible, més aïllat.
- **Deixar-nos endur per la por:** nosaltres som una possible prevenció.
- **Manifestar indignació o vergonya:** la nostra visió del problema no és rellevant.
- **Afirmar que tot sortirà bé:** no ho sabem.

8. Tots podem ser agents de prevenció, però ens hem d'atrevir a preguntar

- **Afirmar que no el creiem, que no pensem que sigui capaç:** no augmentem el repte, si us plau!
- **Donar falses garanties, dir mentides benintencionades:** cal ser sincers.
- **Prometre guardar el secret:** no és possible fer-ho si hi ha una situació d'alarma.

*** En el cas dels menors d'edat molt especialment i en general en dels joves pot haver-hi una resistència important a comunicar la situació a la família. És primordial tenir present el següent:**

- **Cal deixar clar que no es pot guardar el secret**, ja que ens trobem en una situació que pot amenaçar greument la salut de la persona implicada, però que també tindria uns efectes devastadors en l'entorn de les persones que l'estimen.

- **No podem ignorar que la situació familiar por tenir una importància cabdal en l'origen de la conducta (abusos, conflictes de relació, visions no compartides sobre orientació sexual...),** de manera que cal preveure un acompanyament i, en la mesura del que sigui possible, facilitar que el faci una persona de confiança del menor a fi de possibilitar que la comunicació sigui positiva, sense agreujar la relació.



9. Un esment a les autolesions

9. Un esment a les autolesions

El terme autolesió inclou nombroses conductes, cosa que dificulta comprendre la seva veritable dimensió i la relació que pot tenir amb la conducta suïcida.

Quan parlem d'autolesions hem de tenir present que existeixen des de les menys lesives fins a les més greus: mossegar-se les ungles, mossegar-se els llavis, arrencar-se cabells, pessigar-se, tallar-se, donar-se cops, cremar-se, esgarrapar-se... En termes generals podríem dir que:

> No totes les autolesions són temptatives de suïcidi, encara que s'emmarquen en les conductes suïcides.

> Les autolesions s'utilitzen més sovint com una manera de provar de regular el dolor emocional o calmar-se, no com a mitjà per acabar la vida (F. Villar, 2022).

9.1. La difícil definició de les autolesions

L'enorme ventall de conductes relacionades amb les autolesions en dificulta la definició. Potser una de les més encertades és la que estableix John Coleman (2004):

«Considerem que és molt útil considerar l'autolesió com un continu, que va des d'un comportament que té una intenció suïcida forta (per exemple, alguns tipus de sobredosi) fins a un comportament destinat a ajudar la persona que es mantingui viva (per exemple, tallant).»

Per comprendre aquesta conducta, cal que tinguem molt present, com hem dit anteriorment, que en moltes ocasions la pràctica de l'autolesió no té la voluntat d'acabar amb la vida, sinó més aviat de canalitzar emocions i/o estats d'ànim que ens desborden: és en aquest sentit que diem que les autolesions ens ajuden a mantenir-nos vius, a sentir-nos vius. Però hem de considerar que la seva pràctica pot esdevenir un aprenentatge per desplegar en el futur una conducta suïcida. És aquest continu al que fa referència Coleman, i és en aquest sentit que cal que prestem atenció a aquests comportaments.

Per tant, l'autolesió sembla ser el millor terme per descriure aquest continu de conductes i, alhora, mantenir el focus en el grau d'intenció suïcida.

A més, Coleman fa un aclariment pel que fa als joves i adolescents: el problema d'utilitzar el terme «autolesió deliberada» és que implica voluntat, que pot ser poc útil per als joves si creuen que tenen poc control sobre el seu comportament. De la mateixa manera, el problema que planteja el terme «intent de suïcidi» és que alguns joves fan una sobredosi amb poca intenció suïcida.

* Amb aquestes conductes es busca poder pal·liar un estat emocional negatiu, solucionar una problemàtica interpersonal o induir un estat de sentiments positius. Quan aquest comportament es produeix amb freqüència a causa d'una necessitat d'urgència i ansietat pot arribar a provocar un patró de comportament similar a l'addicció (APA, 2014).

9.2. Autolesions no suïcides (ans)

Les ANS són aquelles autolesions que tenen la intenció directa **de ferir el cos, conducta no acceptada socialment**.

- > La persona s'autoagredeix realitzant-se talls, cops, cremades i altres formes que causen lesions físiques lleus o moderades, **sense intenció de causar-se la mort**.
- > Amb aquestes conductes busca poder **pal·liar un estat emocional negatiu**, solucionar una problemàtica interpersonal o **induir un estat de sentiments positius**.
- > Les persones que s'infligeixen ANS presenten un patró de comportament similar a l'addicció.

Les persones s'autolesionen per:

- Relaxar la tensió.
- Guanyar control.
- Adormir-se.
- Sentir-se vives.
- Reemplaçar el dolor emocional per dolor físic
- Autoconfort.
- Esvair la ira.
- Alleugerir l'estrès emocional.
- Parar pensaments dolents.
- Autocastigar-se.

Les ANS poden iniciar-se en l'adolescència primerenca, als **11-13 anys (4-6 %)**. En dones, el major nombre d'ANS es dona en l'**adolescència mitjana (del 12 % al 16 %)**, mentre que en els homes adolescents el nombre de casos es manté estable. **En el cas d'adolescents hospitalitzats les taxes se situen entre un 32 % i un 50 %**. Habitualment les dones s'autolesionen més amb talls i els homes amb cremades o cops:

- Talls a la pell: 85 %
- Cremades: 30 %
- Cops: 32 %
- Arrancar-se els cabells (**tricotil-lomania**): 7 %

9.3. Per què cal prestar atenció sigui quina sigui la seva intencionalitat.

Les autolesions poden presentar-se fins i tot anys abans de la ideació de mort; és per això que cal intervenir-hi:

- > Són un senyal de mal pronòstic i de problemes en el trànsit de l'adolescència a l'edat adulta; poden ser un inductor o accelerador de l'escalada des de la ideació fins a l'acció suïcida.
- > La relació entre la conducta autolesiva i la conducta suïcida consisteix en el fet que **les autolesions provoquen una pèrdua de l'aprenentatge a mitjà o llarg termini i impedeixen estratègies adaptatives d'afrontament** (F. Villar, 2022).
- > El **risc de comportament suïcida** és més alt entre els individus que participen en formes més severes, com tallar-se i cremar-se, en comparació amb les formes menys intenses, com perforar-se parts del cos, pessigar-se o esgarrapar-se.

Les persones que mostren comportaments suïcides i ANS tenen més probabilitats de presentar:

- Més de 20 incidents ANS de per vida.
- Malestar psicològic en els darrers 30 dies.
- Una història de trauma emocional o sexual.
- Major sensació de desesperança.
- Major conflicte familiar i/o mala relació amb els pares.
- Més impulsivitat i comportament de risc.
- Major consum de substàncies.
- Diagnòstic de trastorn depressiu major (TMD) o per estrès posttraumàtic (TEPT).

*** Quan ens trobem amb un patró de molta persistència i de lesions severes, el risc que evolucioni cap a una conducta suïcida és molt elevat. El patró d'avaluació és el mateix que hem descrit en apartats anteriors:**

- **Parlar de voler morir.**
- Buscar una manera de matar-se o fer un pla per matar-se a si mateix.
- Sentir-se desesperat o parlar de no tenir sortida.
- Sentir-se atrapat i com si el dolor no acabés.
- **Expressar-se com una càrrega per als altres.**
- Augmentar el consum de drogues o alcohol.
- Presentar un comportament ansiós o agitat.
- Dormir massa o massa poc.
- **Abandonar la família, els amics i les relacions importants.**
- Expressar ràbia o ràbia extrema.
- Manifestar canvis d'humor.

9.4. Què podem fer quan ens trobem amb una situació d'autolesió?

*** Insistim:**

El millor mètode per valorar i identificar la conducta continua sent preguntar directament a la persona.

Totes les indicacions que hem fet en apartats anteriors sobre ser prudents a l'hora de posicionar-nos, així com la necessitat de **no desautoritzar la conducta**, sinó de mirar de comprendre'n l'origen, ens ajudaran quan parlem amb alguna persona que s'autolesiona.

Cal tenir molt present que no és senzill abandonar la conducta. Recordem que es pot presentar un patró d'addicció; cal preveure un temps per abandonar-la.

Així, doncs, cal tenir en compte:

- > **Crear una projecció sense autolesions**, dignificar i respectar el dolor: percebre, identificar, acceptar, planificant les accions que requereix i tolerar el temps que dura.
- > Deslligar l'autolesió de la identitat: «és una conducta que ells fan, no el que ells són».
- > Deslligar l'autolesió de les **connotacions romàntiques** a les quals intenten associar-les: «persona sensible», «que sofreix», «que expressa el dolor».
- > Posar en evidència la realitat de la **inutilitat** de la conducta quant als seus resultats a mitjà o llarg termini.

9. Un esment a les autolesions

- > Fer patents les **conseqüències negatives:** pèrdua d'aprenentatge, del desenvolupament personal.
- > El patiment és evitable, però només es pot evitar tolerant i manegant el dolor, aquest sí inevitable (F. Villar, 2022).

9.5. Ajudar a identificar les situacions que porten a les ans

- > Què estava passant a la meua vida quan vaig començar a autolesionar-me?
- > Com em sento just abans de voler autolesionar-me?
- > Quins són els meus hàbits i rutines?
- > Soc sempre en el mateix lloc o amb una persona en particular quan sento la necessitat de fer-me mal?
- > Sento sempre la mateixa emoció quant necessito autolesionar-me?
- > Quina pot ser una forma millor d'enfrontar-me a les situacions que em provoquen fer-me mal?

*** «Potser pots fer un diari on anotar les teves emocions a diferents hores; així podràs respondre millor a aquestes preguntes.» (E. Kilburn i J.L. Whitlock, 2009).**



10.Recursos Generales

10. Recursos generals

Telèfons d'assistència i prevenció



061: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, suport professional psicològic i psiquiàtric. Enllaça amb el Sistema Públic de Salut.



900 92 55 55: Ajuntament de Barcelona, Servei de Voluntaris. Pioner a Catalunya.



024: Ministerio de Salud, Govern d'Espanya, Creu Roja.

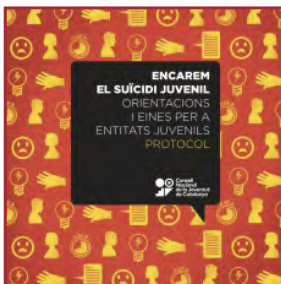
Entitats de suport a Catalunya

- **ACPS** (Associació Catalana de Prevenció del Suïcidi): <https://acps.cat/qui-som/>
- **APSAS** (Associació per a la Prevenció del Suïcidi i l'Atenció al Supervivent): <https://www.apsas.org/ca/>
- **DSAS** (Després del Suïcidi - Associació de Supervivents): <https://www.despresdelsuicidi.org/ca/inici/>
- **Mans Amigues:** <https://es.dsamansamigues.org/>

Plataformes web de prevenció a Catalunya

- **SOM 360** (Salut Mental, Hospital de Sant Joan de Déu, Barcelona): <https://www.som360.org/es>
- **MIND-U** (Salut Mental, Hospital Parc Taulí, Sabadell): <http://mind-u.cat/es/>
- **Plataforma Nacional per a l'Estudi i la Prevenció del Suïcidi**: <https://www.plataformanacionalsuicidio.es/catalan>

Guies orientades a entitats juvenils



Encarem el suïcidi juvenil: eines i orientacions per a entitats



Guia de prevenció del suïcidi juvenil i d'acompanyament al dol
<https://cnjc.cat/ca/guies-i-materials-de-suport>



11. Recursos a Rubí

11. Recursos a Rubí



Servei d'escolta i acompanyament emocional per a persones joves.

Cita prèvia: 630 766 379

www.rubijove.cat/joxmi-escolta-i-acompanyament-emocional

Altres serveis que ofereix l'Ajuntament de Rubí i que poden ajudar a millorar els factors de protecció:



· Punt jove LGTBI:

<https://www.rubijove.cat/punt-jove-lgtbi>

· SEX-OH-LÒGIC, consultori sexual

Cita prèvia: 630 766 379

<https://www.rubijove.cat/sex-oh-logic-consultori-sexual>

Els centres d'atenció primària:

CAP Anton de Borja

Adreça: carrer d'Edison, 0

Telèfon: **935 88 45 55**

CAP Sant Genís

Adreça: carrer Miquel Mumany, 11-19

Telèfon: **936 99 17 29**

CAP Mútua

Adreça: carrer de Prat de la Riba, 20-22

Telèfon: **935 86 67 00**

12. Bibliografia

- 1) Pla de prevenció del suïcidi de Catalunya 2021-2025 (2021). Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
- 2) Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- 3) De Leo, D. (2002). «Why are we not getting any closer to preventing suicide?». *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 181, 372–374. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.5.372>
- 4) Coleman, J. (2004). *Teenage Suicide and Self-Harm – A Training Pack for Professionals*. Brighton. Trust for the Study of Adolescence. Citat a Rae, T. (2016). «Introducing the topic of self-harm in schools: developing an educational and preventative support intervention». *Education and Health*, 34 (2), 35-41.
- 5) OMS (2014). *Prevenir el suicidio: un imperativo legal*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulta: 13-07-2022).
- 6) APA: American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- 7) Pinuaga, P. (1967). Ressenya de l'article «Psicología del suicidio y los intentos suicidas», d'E. Stengel. *Revista Española de la Opinión Pública*, 7, 449–452. <https://doi.org/10.2307/40180921>
- 8) Pérez Barrero, S.A. (1999). «El suicidio, comportamiento y prevención». *Revista Cubana de Medicina General Integral* [online]. Vol. 15, n. 2, pp. 196-217. ISSN 0864-2125.
- 9) Pérez Barrero, Sergio A. (2005). «Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos». *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(3), 386-394. ISSN: 0034-7450. Disponible a: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80634305>. [Consulta: 13-07-2022.]
- 10) Rocamora A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Ed. Desclée de Brouwer.
- 11) Oexle, N.; Waldmann, T.; Staiger, T.; Xu, Z., i Rüsch, N. (2018). «Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma». *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(2), 169–175. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000949>.
- 12) Guía para la prevención de la conducta y el primer abordaje de la conducta suicida en los centros educativos de las Islas Baleares.
- 13) Francisco Villar (2022). *Morir antes del suicidio. Prevención en la adolescencia*. Barcelona, Herder.
- 14) Whitlock, J.; Minton, R.; Babington, P., i Ernhout, C. (2015). «The relationship between non-suicidal self-injury and suicide». *The Information Brief Series*, Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery. Cornell University, Ithaca, NY.
- 15) Wilson, A., i Marshall, A. (2010). «The support needs and experiences of suicidally bereaved family and friends». *Death Studies*, 34(7), 625–640. <https://doi.org/10.1080/07481181003761567>
- 16) Ward-Ciesielski, E.F.; Wielgus, M.D., i Jones, C.B. (2015). «Suicide-Bereaved Individuals' Attitudes Toward Therapists». *Crisis*, 36(2), 135–141. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000290>
- 17) Neimeyer, R. (2012). *Aprender de la pérdida*. Ed. Paidós.
- 18) William Worden, conferència del 30 d'abril de 2016 «Visión contemporánea del duelo», impartida per William Worden i Alba Payàs. Jornadas del Instituto IPIR, Facultat de Psicología Blanquerna, Barcelona.
- 19) Kilburn, E., i Whitlock, J.L. (2009). *Distraction techniques and alternative coping strategies. The Practical Matters Series*. Cornell Research Program on Self-Injury and Recovery. Cornell University. Ithaca, NY.



Ajuntament
de Rubí

Amb el suport de:



**Diputació
Barcelona**

Amb la col·laboració:

