

SUICIDIO: MANIFIESTO PARA UNA PREVENCIÓN ACTIVA



Desde 1993, y desde el estudio de nuestra asamblea sobre la prevención del suicidio, el suicidio se ha definido como un problema de salud pública. En 2010, el número de fallecidos por suicidio fue de 10.509, que representa una reducción del 20% en 25 años, y esta cifra llega al 50% en el caso de los adolescentes, gracias a estrategias dirigidas específicamente. Los programas nacionales de prevención del suicidio, aplicados en los años 2000, han contribuido a conseguir este resultado. Sin embargo, la tasa de fallecidos por suicidio en Francia sigue manteniéndose elevada en relación a la media europea.

La tasa de suicidio aumenta con la edad. En 2010, más del 57% de los fallecidos tenían entre 35 y 64 años, mientras que la tasa de suicidio de las personas de 75-84 años era de 41,5 de cada 100.000. Como en cualquier cuestión de prevención sanitaria, existen diferencias regionales.

**Un hecho constatado:
11.000 suicidios al año,
es decir, 30 al día**

El número de intentos de suicidio, más numeroso entre las mujeres y los jóvenes en 2010, se contabilizó en 220.000. Los datos recientes ponen de manifiesto el número importante de recaídas después de un intento de suicidio.

La epidemiología y la investigación permiten entender mejor los mecanismos de la crisis suicida y los factores de riesgo, así como aplicar políticas eficaces de prevención. La crisis suicida se define como una

crisis física en la que el principal riesgo es el suicidio. Se acompaña de ideas suicidas, cada vez más absorbentes e invasivas, hasta que se acaba por pasar a la acción. Como en cualquier política de prevención sanitaria, la apreciación de los factores de riesgo, como

220.000 intentos de suicidio al año significan 1 intento cada dos minutos

los antecedentes personales o familiares, el aislamiento social y afectivo, la edad, resulta primordial. La frecuencia del suicidio resulta especialmente elevada en el caso de personas en situación de precariedad, parados y personas víctimas de discriminación por su orientación sexual. La adolescencia y la entrada en la edad adulta, así como los riesgos psicosociales también pueden incrementar este riesgo. Sin embargo, diversos estudios ponen de manifiesto el vínculo entre la depresión y el suicidio.

La política de prevención del suicidio se construye progresivamente. Muy implicados, los profesionales sanitarios fundaron, en 1969, la Agrupación de Estudio y Prevención del Suicidio, a la que la creación en 2004 de la Unión Nacional para la Prevención del Suicidio, federando a las asociaciones profesionales y familiares, dio un nuevo impulso.

El Programa Nacional de Acciones Contra el Suicidio (2011-2014), que se inscribe en la continuidad de la estrategia nacional 2000/2005, no adopta actuaciones adaptadas a

colectivos específicos (jóvenes, parados, personas mayores, etc.). Pretende mejorar la calidad de los datos disponibles. La reforma del certificado de defunción debería contribuir a ello. El plan psiquiátrico de salud mental 2011-2015 retoma algunas de estas acciones en materia de acceso a los cuidados psiquiátricos y de seguimiento. Sin embargo, es difícil aplicar una oferta coherente de atención en determinados territorios que carecen particularmente de una buena colaboración entre los médicos del pueblo y los psiquiatras y de suficientes capacidades de acogida en las estructuras adaptadas. ■



Didier Bernus

es enfermero y secretario general de la Federación FO de servicios públicos de salud. Ocupa un puesto en la Sección de Asuntos Sociales y Salud, así como en la Delegación de Ultramar, en la que representa al grupo de la CGT-FO.

¿Contactar con el relator?

didier.bernus@fosps.com
+33.6.70.48.34.74

Los planes nacionales prevén disposiciones como:

- El emprendimiento de nuevos estudios,
- la formación de profesionales...

Nuestra asamblea apoya estas acciones y considera necesario consolidarlas ofreciendo a los actores implicados los medios para aplicarlas.

Si Francia desde la actualidad quiere construir la política de prevención de los próximos 20 años, el suicidio debe empezar a tenerse en cuenta en su dimensión multifactorial. La sociedad, su evolución, influyen en los factores de riesgo y en la frecuencia de la depresión en la población. En lo referido a nuestra asamblea, a partir de ahora conviene definir nuevas orientaciones a favor de una prevención activa del suicidio.

LA PRIMERA PROPUESTA

➡ **Articular más de cerca el Programa Nacional de Acciones Contra el Suicidio y el Plan psiquiátrico y de Salud Mental y favorecer el trabajo en red.**

Tratar patologías como la depresión especialmente con el uso adecuado de sustancias psicotrópicas, las cuales participan en la prevención del suicidio. Para el CESE, conviene, a partir de ahora, dar coherencia a las acciones de prevención inscritas en los dos planes nacionales de cara a incrementar su eficacia.

Resulta indispensable, ya que las estructuras de acompañamiento psicológico y social y de curas psiquiátricas son frágiles sin financiación.

Para nuestra asamblea, estas estructuras deben desarrollarse y disponer de una capacidad real de tratamiento y seguimiento. Por otro lado, un acceso permanente a un profesional de la salud formado debe estar generalizado a todos los servicios de urgencia, así como el mantenimiento de un vínculo (epistolar o telefónico) entre el suicida y el hospital de atención, y atender a la experiencia del Centro Regional de Prevención de Conductas Suicidas Rhône-Alpes desde la perspectiva de su generalización. Este centro recopila y ofrece información y buenas prácticas y organiza el trabajo en red entre los profesionales de la salud y las asociaciones.

LA SEGUNDA ORIENTACIÓN

➡ **Promover los dispositivos de alerta de la crisis suicida.**

Desacelerar las premisas de una crisis suicida, formalizar esta alerta, permitir la integración, resultan esenciales para prevenir el paso al acto.

Para el CESE, es necesario

- sensibilizar a los allegados;
- movilizar a los profesionales.

La formación, inicial y continua, del conjunto de profesionales de la salud y especialmente de los médicos generalistas, resulta indispensable. Debe renovarse cada tres o cinco años e inscribirse en orientaciones anuales del Desarrollo Profesional Continuo (DPC).

Los profesionales de la medicina escolar y la medicina laboral también deben intervenir en cierta medida y el CESE reafirma su determinación de ver aumentados sus medios.

LA ORIENTACIÓN MÁS INNOVADORA

➡ **Crear un Observatorio Nacional de Suicidios que trabaje junto con los centros territoriales de prevención del suicidio.**

El objetivo de este Observatorio Nacional será analizar y compartir los datos epidemiológicos, clínicos y sociológicos. Valorizará los resultados de los trabajos de investigación tanto franceses como extranjeros.

La centralización de estos datos, su homogeneización, contribuirá a la identificación de factores de riesgo, a la evaluación de prácticas preventivas y a un mejor enfoque de las acciones de prevención. De estructura ligera, reunirá a profesionales (médicos, sociólogos, etc.) y trabajará en relación con socios como la Dirección General de Salud, el Inserm, el InVS, etc.

Este Observatorio Nacional se apoyará en los verdaderos protagonistas, a los cuales resulta básico organizar.

En las regiones que todavía no disponen de centros de recursos dedicados, estructuras como el Observatorio Regional de Salud podrían ocupar este papel de mutualización de datos regionales

➡ **Por último, la prevención del suicidio debe convertirse en un asunto de todos mediante una campaña nacional de prevención, transmitida por las redes locales y con la atribución de la etiqueta de Gran Causa Nacional para la Prevención del Suicidio.**