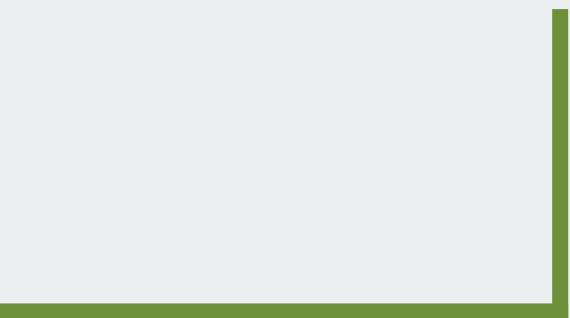




Fundació Ajuda i Esperança

O B E

Observatori de l'Esperança
2020



OBE

Observatori de l'Esperança

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 Fundació
Rosa Navas

Directora de la Fundació
Esperança Esteve

Director de l'OBE 2020
Oriol Homs

Equip de l'OBE 2020
Sergi Garcia, Joana Homs, Clara Campaña, Albert Canudas

 Correcció, traducció i impressió
Edimurtra Barcelona
www.edimurtra.com

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

Amb el suport de:



INDEX

07 Veus d'esperança

19 Compromís social

21 Història del Telèfon de l'Esperança

25 Fonaments conceptuals del Telèfon de l'Esperança i del Telèfon de Prevenció del Suïcidi

31 La veu dels voluntaris/es

41 Dades de l'observatori

43 Observatori del Telèfon de l'Esperança

57 Observatori del Telèfon de Prevenció del Suïcidi

77 Veus expertes

79 Conèixer el valor que aportem per seguir millorant la vida de les persones

85 La prevenció del suïcidi a la ciutat de Barcelona

89 Atenció Telefònica en Crisis Suïcides

99 Salut mental i la importància del suport psicosocial

103 Intel·ligència Artificial i Salut Mental

107 Humanitat és moviment

113 El suïcidi només pot ser previngut o plorat

119 Cap a una xarxa integral de prevenció del suïcidi

125 La problemàtica de la prevenció del suïcidi, experiències i reflexions

135 Després del suïcidi

139 Les necessitat de suport dels membres de la família que cuiden una persona amb conducta suïcida

143 Taula rodona

157 El malestar personal i les claus del benestar social

175 Abstract



**Veus
d'esperança**



Rosa Navas

Presidenta de la
Fundació Ajuda i
Esperança

Amb la presentació d'aquesta primera edició de l'Observatori de l'Esperança OBE, celebrem una fita plantejada fa més d'un any, i acordada amb la Fundació "la Caixa" un mes abans de declarar-se l'estat d'alarma i el primer confinament, a causa de la pandèmia per la Covid-19 que encara avui arrosseguem i amb seqüeles difícils per a moltes persones.

Aquesta situació de pandèmia ha condicionat la nostra intenció inicial per a transformar-lo en un document que faci palès com ha condicionat la pandèmia la vida de les persones. Una etapa que la podem definir per pèrdues múltiples.

El resultat el considerem altament satisfactori. Una experiència que haurà d'esdevenir, entre d'altres, un reconeixement als centenars de voluntaris i voluntàries, que donen de forma gratuïta el seu temps a la causa d'ajudar els altres. Persones amb dificultats que han anat trobant en el Telèfon de l'Esperança un vehicle per ser escoltats, per canalitzar angoixes, pors, temors, conflictes, soledat. Veus amigues escoltant i acompanyant les 24 hores del dia 365 dies l'any. Any rere any les trucades creixen i la preparació dels nostres voluntaris també, arribant a constituir un grup d'ajuda compactat i orientats a una missió: atendre en un marc de confidencialitat i anonimat, en un espai segur on abocar els patiments i on trobar miralls per cercar respostes. Voluntaris i voluntàries dotades i preparades per no jutjar, per comprendre, per empatitzar en una relació d'ajuda.

És des d'aquest model que el servei del Telèfon de l'Esperança ha evolucionat, amb la creació d'altres serveis germans, com el de la prevenció del suïcidi i l'acompanyament en situacions de soledat no volguda. A més activitat més necessària és estudiar la nostra acció, per conèixer millor i actuar millor.

És la primera edició de l'OBE, però n'hi ha d'haver molts més. La Fundació Ajuda i Esperança es

proposa comptar cada any amb una publicació que expliqui i mostri les situacions individuals i socials que se'ns presenten amb fidelitat als nostres principis i valors que ens han caracteritzat durant 52 anys d'història. Gràcies a la Obra Social Fundació "la Caixa" per la seva col·laboració, a l'Ajuntament de Barcelona per confiar en la nostra institució, a la Diputació de Barcelona i a totes les persones i entitats que han col·laborat per fer de l'OBE una realitat.

Cordialment,

Rosa Navas.



Gemma Tarafa

Regidora de salut,
envelliment i cures de
l'Ajuntament de Barcelona

La circumstància inèdita que ens ha tocat viure a tots i totes a causa de la pandèmia de la Covid-19 està tenint un gran impacte sobre molts àmbits de la vida de les persones. Veure's afectat per la malaltia, la pèrdua d'éssers estimats, el confinament, la pèrdua de la feina i d'ingressos econòmics, la incertesa pel futur... Tot plegat suposa un sotrac de gran magnitud a escala emocional, especialment per aquelles persones que ja es trobaven en una situació de vulnerabilitat.

Per aquest motiu, l'Ajuntament de Barcelona va impulsar un Pla de Xoc en Salut Mental durant l'any 2020 al que dóna continuïtat durant els anys 2021 i 2022 en el marc del Pla Director de Salut Mental 2016-2023. El nostre compromís és una aposta clara per promoure la salut mental i el benestar emocional dels ciutadans i ciutadanes que s'articula amb diferents línies d'acció. Una d'elles té a veure amb el suport emocional mitjançant l'atenció telefònica. En aquest sentit, hem disposat, entre d'altres, de la col·laboració de la Fundació Ajuda i Esperança que té àmplia experiència amb el Telèfon de l'Esperança i amb qui, l'any passat, vam posar en marxa el Telèfon de Prevenció del Suïcidi.

En aquests moments complexos en els quals hem de reconstruir-nos després de l'embat que ens ha sacsejat, l'Ajuntament vol fer palesa la seva responsabilitat en un model de ciutat basat en la cura de la ciutadania, que empatitza i ajuda a qui ho necessita; que escolta a qui demana atenció i necessita expressar-se; i que té la força i la sensibilitat necessària per donar suport a qui ho requereix, tenint en compte la gran aportació de les entitats, que constitueixen una xarxa d'ajuda de proximitat i de respostes a les necessitats socials.

Barcelona, ciutat en la qual tots i totes hi cabem, que tantes vegades al llarg de la història ha sigut pionera en la defensa dels drets de les persones,

ha de ser també estàndard i emblema en defensa de la salut mental. Perquè el benestar emocional i la salut mental són també drets, defensem-los.



Esperança Esteve

Directora
de la Fundació
Ajuda i Esperança

Em plau presentar aquesta primera edició de l'Observatori de l'Esperança, un projecte que neix amb la voluntat de compartir amb el conjunt de la societat l'experiència de la nostra Fundació, amb dades recollides durant les 24 hores dia els 365 dies l'any per les persones voluntàries del Tel·lèfon de l'Esperança que atenen les nostres línies de Tel·lèfon per atendre les situacions de crisi que pateixen les persones i que necessiten ser escoltades en un marc de seguretat, confidencialitat i anonimatzat.

El nostre model d'atenció ha anat evolucionant i està basat en l'escolta activa, l'acompanyament i la derivació, amb una combinació de persones voluntàries altament preparades, amb professionals de suport de l'àmbit de la salut mental. Ben aviat aspirem arribar a una ràtio d'un professional per cada 20 voluntaris, amb eines tecnològiques que permetin el suport i/o la intervenció immediata del professional en situacions de risc imminent. Per garantir la qualitat, la seguretat de la persona que truca i la de la persona voluntària.

Estem creixent com entitat i diversificant la nostra atenció per tal de donar més i millors serveis: el desenvolupament territorial és una finalitat en procés per tal d'apropar els nostres recursos d'ajuda a qui ho necessiti, independentment de quina sigui la situació i el territori en el que es viu. També a les persones d'origen estranger, incorporant un servei de traducció instantània que faciliti la relació d'ajuda en els diferents idiomes.

La plataforma digital que el mes de setembre estarà en funcionament permetrà noves formes comunicatives i nous canals de comunicació per escrit, per veu i per imatge. Tel·lèfon, ordinador o tauleta ens facilitarà també l'obtenció de noves dades, que degudament tractades i protegides ens permetran un coneixement més acurat i una radiografia social permanent incorporant-hi també els elements determinants del context.

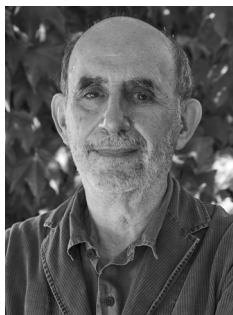
Res seria possible sense el capital humà de la institució que són les persones voluntàries i sense les persones que donen gruix al projecte: patronat, col·laboradors econòmics, empreses, institucions públiques, fundacions, professionals, que fan possible una Fundació sòlida, rigorosa i solvent. Elogiar la col·laboració del sociòleg Oriol Homs, que ha dirigit aquest primer número de l'OBE, als voluntaris, entitats socials i experts que han participat i a l'equip de la Fundació abocat a fer possible aquesta realitat.

Especial agraïment a l'Ajuntament de Barcelona per haver confiat en la nostra Fundació per a la gestió del Telèfon de Prevenció del Suïcidi i per la seva determinació i lideratge del primer projecte públic d'aquestes característiques, en funcionament des de l'agost de 2020. També el nostre agraïment a la Fundació "la Caixa" i a la Diputació de Barcelona pel seu suport.

Som una entitat compromesa amb el món en que vivim. Cap patiment ens és aliè. No ens mou el guany, sinó la contribució modesta per millorar el benestar de les persones i de la societat.

Moltes gràcies,

Esperança Esteve



Oriol Homs

Director de l'OBE
(Observatori de
l'Esperança).

El projecte de l'Observatori de l'Esperança s'ha iniciat amb el suport de la Fundació "la Caixa" durant l'any 2020 amb l'objectiu d'analitzar la informació, recollida en els serveis dels telèfons de l'Esperança i de la Prevenció del Suïcidi, sobre les persones ateses i la seva problemàtica per contrastar-la amb l'anàlisi dels fenòmens socials actuals i generar una font de coneixement que aportí reflexió i propostes per a millorar l'atenció a les persones vulnerables.

El primer any de l'Observatori s'ha dedicat a posar les bases per a poder desplegar les activitats de futur i consolidar les línies de treball. En concret, el 2020 s'han dut a terme les següents activitats:

Observació

Donada la importància disruptiva de la pandèmia de la Covid-19, s'ha fet un seguiment dels principals esdeveniments relacionats amb la pandèmia i especialment s'han recopilat les informacions, informes i estudis que han analitzat els efectes de la pandèmia i de les restriccions a la mobilitat de les persones així com els impactes en l'economia entre la població.

Anàlisis

S'ha dut a terme una revisió dels protocols de recollida d'informació en els dos telèfons per tal d'optimitzar l'explotació de les dades registrades en els serveis d'atenció prestats.

Reflexió

Amb l'objectiu d'oferir una interpretació el més coral possible de les dades analitzades, s'ha dut a terme un debat telemàtic entre les principals entitats que atenen, des de diferents serveis, a persones amb problemàtiques similars a les ateses pels dos telèfons per tal d'incorporar-les a les conclusions i propostes de l'Observatori.

La present publicació mostra els resultats del primer any de l'Observatori i aposta per esdevenir un punt de trobada, de reflexió i proposició sobre com afron-

tar les tensions emocionals de la població que generen les transformacions socials, econòmiques i culturals del nostre temps, per tal de posar les bases pel desenvolupament d'una societat de benestar per a tota la ciutadania.



Compromís Social



Ramón Tous

Membre del patronat de la Fundació Ajuda i Esperança.

“

Un viatge d'amor i d'esperança cap a la vida.

La història del Telèfon de l'Esperança i altres coses més que ens fan pensar

La història del Telèfon de l'Esperança és una història d'amor i d'excel·lència. Dit així sembla que ja s'hagi dit tot, però convé parlar-ne un xic. La nostra història comença fa 50 anys, concretament l'any 1969. Qui la pensa, la fa possible i la posa en marxa és el pare Miquel Àngel Terribas, frare caputxí de Barcelona. Ell té el mèrit de llençar aquest servei, el Telèfon de l'Esperança. No és cap novetat al món, perquè a diversos països, com a Anglaterra, i en diferents moments, ja s'havia engegat un servei semblant. Però ell el fa possible a casa nostra, i li dona contingut i solvència. I així comença, sota el signe d'una autèntica generositat, aquesta història que dona sentit i entitat a la idea inicial.

L'any 1987, després de la mort del fundador, la Fundació Ajuda i Esperança assumeix la continuïtat del projecte i la seva gestió. Des d'aquest moment s'enceta una nova etapa que ens ha portat fins avui. Aquesta etapa incorpora, a més de l'experiència prèvia, el compromís d'una entitat formada per voluntaris, la dedicació altruista d'un patronat que vetlla pels objectius de la fundació, i el bon treball d'un equip directiu i administratiu que fa possible el dia a dia.

No cal dir que n'hem fet molt, de camí, i ara mateix estem vivint una transformació entusiasta per encarar canvis i reptes de creixement i de consolidació. Del món actual emergeixen contínuament situacions de frontera que posen de manifest la fragilitat i vulnerabilitat que pateix la nostra gent. Moltes són cada cop més apressants i demanen la nostra disponibilitat, bagatge i experiència, per entendre-les i atendre-les: són les persones amb noms i cognoms que esperen una veu amiga que les escolti i les aculli.

És una història d'amor que suma coneixement, compromís i voluntat de fer de la Fundació Ajuda i Esperança una eina de solidaritat i ajuda, amb sentit de responsabilitat civil, ciutadana i de país, oberta a tothom.

El Telèfon de l'Esperança és un servei d'escolta activa, empàtica i cordial que no jutja ni discrimina. Una senzilla eina de comunicació sense prejudicis que valora primer de tot la dignitat de tota persona en qualsevol situació de necessitat, a qualsevol hora, atenent les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. La persona sap que l'escolta, tal com definim els voluntaris i voluntàries que estan a l'altre cantó del telèfon, estableix una relació concreta, personal i amable, que recull i entén la soledat, l'angoixa i la por des d'una intimitat fràgil que ens interpel·la per fer-se paraula, comunicació i entesa. Ara mateix comptem amb gairebé 300 voluntaris i voluntàries, amb més de 55.000 trucades rebudes l'any 2020.

Dèiem que és una història d'amor, perquè sempre ha estat fidel als criteris de la primera hora, mantenint i conreant la seva millor virtut amb una actitud feta d'entusiasme, generositat i entrega. Procurar aquella abraçada emocional i desinteressada al proïsme —si parlem en termes d'humanisme cristià— a tota persona, veïna o llunyana, no coneguda, de qualsevol cultura, pensament o conviccions. Com molt bé diu un nostre company i veterà voluntari, és com “un viatge d'amor i d'esperança cap a la vida”.

Hi ha una idea fonamental que no ens podem cansar de repetir: som “agents pacients”, que volem fer possible la relació entre algú que necessita una veu, “la veu amiga”, i el voluntari a l'altra punta del fil que està disposat a fer-la real i concreta. Fer possible allò tan senzill i profund que és passar del silenci a la paraula, i de la soledat a l'encontre, fent que la persona que truca se senti tractada com una persona única, valorada com a tal, a qui s'escolta sense prejudicis ni apriorismes. En definitiva, establir una relació que sàpiga acollir i donar esperança.

Aquesta experiència que, a través dels anys i de cada trucada anem recollint i fent nostra, ens ensenya a valorar el propi coneixement i fer més excel·lent la nostra actitud de servei. Aquest coneixement ens avala per comprendre més i aprofundir millor l'abast immens que representa endinsar-nos en la riquesa de l'ànima humana. La mateixa condició de la humanitat que, des del silenci i la marginalitat, ens interpel·la per fer del nostre compromís una relació desinteressada i eficaç per curar, consolar i alleugerir.

El progrés en la història de la humanitat tracta d'amagar i silenciar tot allò que no pot resistir la seva cursa competitiva, tot allò que no interessa a la cultura

de l'èxit i del guany. Comprendre i conèixer és condició de possibilitat, però no és suficient per actuar i resoldre conflictes amb criteris de justícia social. Per això és tan necessari exercir bé els nostres deures democràtics, per caminar cap a una societat més justa i solidària.

I malgrat això, avui és més evident que mai la importància de les xarxes de solidaritat social, l'existència del que en diem el tercer sector, per poder compartir esforços i recosir vincles malmesos.

Sense aquestes xarxes, se'n ressentiria greument l'entramat humà i la mateixa convivència. La història, concretament la nostra història europea, ha deixat de ser fidel, massa sovint, a aquell principi de saber escoltar que ens ha fet qui som i com som. Ha oblidat sovint el vincle que la lliga a la mateixa "paraula", aquella que crida, convoca, desperta i acull, i que és capaç d'endregar i sargir relacions i camins d'humanització. Sabem que la paraula i l'escolta són allò que ens caracteritza i ens fa humans, és el que sempre tenim a l'abast i tan sovint oblidem. És allò que ens fa fecunds en la convivència, propers als altres, pelegrins de l'esperança i la bona fe, sempre a favor d'una fraternitat més autèntica.

El Telèfon de l'Esperança vol ser una porta de comunicació en un món cada cop més individualitzat i més sord entre uns i altres. Una sordesa culpable que deixa tantes persones en l'angoixa de la soledat, la incomunicació i l'anonimat. I per això, la nostra Fundació ha volgut bastir a través de tants voluntaris i professionals, i al llarg dels anys, una xarxa de bona voluntat que es recolza en l'esforç, la voluntarietat i el coneixement.

Amb aquest bagatge s'ha anat configurant una experiència i una metodologia eficient per tal de bastir programes de formació que són un dels pilars del projecte. Aquesta formació dels voluntaris —continuada, renovada i posada al dia— és una de les fortaleses de la nostra Fundació.

El fonament bàsic del projecte és, evidentment, el mateix voluntariat. És la riquesa i la fortalesa de la Fundació Ajuda i Esperança. Ens en sentim orgullosos i ens encoratja constatar que mai hem hagut de patir per aconseguir el seu compromís, la seva complicitat i fidelitat. La relació entre els mateixos voluntaris i la seva responsabilitat constitueixen una dilatada història de confiança i reconeixement. Entenem i assumim que cal vetllar i cuidar aquesta relació amb el voluntariat, nucli, fonament i ànima des de l'inici i a cada nova pàgina que encetem. Són ells i elles, persones concretes amb els seus valors i biografia, l'essència i la carta de presentació de la Fundació.

Tot això no seria possible sense una ferma voluntat de continuïtat i de superació. I és per això que des del Patronat, i des de la Direcció, i amb el treball i l'esforç de tots els responsables de la gestió i administració del projecte, es treballa dia a dia per assegurar el sosteniment, la idoneïtat dels recursos i, al

mateix temps i sobretot, per estar atents als nous reptes que se'ns presenten. Renovar, autoexigir-nos i esmerçar la necessària i continuada reflexió personal i col·lectiva ens obliga a mantenir una tensió vital que fa possible el debat, la creativitat i la recerca.

L'ampliació del servei del telèfon ja és un fet a través d'una col·laboració amb l'Ajuntament de Barcelona, que ens ha portat a gestionar una línia d'atenció particular a la prevenció del suïcidi. Ara mateix podem parlar d'una sòlida i reeixida realitat que sumem a la trajectòria del Telèfon de l'Esperança. S'ha fet una ampliació de l'equip professional en el camp de la gestió, formació, seguiment i coordinació i, naturalment, un pla de suport psicològic i emocional als nous voluntaris d'aquest servei telefònic, pioner al nostre país. Comptem, a més, amb l'assessorament d'experts en el camp sanitari, professionals de la salut mental que provenen de diferents àmbits i comparteixen un mateix objectiu.

Tenim encara per davant noves alternatives per arribar a una població més jove, així com possibles col·laboracions amb altres organitzacions amb qui ens podem complementar i establir bones sinergies.

Com dèiem en començar, és una història d'amor que suma coneixement, compromís i voluntat de fer de la Fundació Ajuda i Esperança una eina de solidaritat i ajuda, amb sentit de responsabilitat civil, ciutadana i de país, oberta a tothom. Amb uns valors que es fonamenten en la dignitat de tota persona i en els drets humans que ens hem atorgat al llarg de la història de la humanitat, i que respectem en la mesura que ens hi esforcem i en som conseqüents. És important recalcar que hem d'estar atents i discernir les necessitats i febleses del temps que ens ha tocat viure. La voluntat de servei, al costat i freqüent de tantes altres iniciatives, fan de la nostra Fundació una anella més a la (sortosament!) llarga cadena de les xarxes de solidaritat, amb la particularitat ben definida, pel que ens toca a nosaltres, d'omplir una realitat molt sovint amagada i descuidada. Ben conscients del que hem triat, hem de saber-nos ben arrelats en els fonaments de l'acció, que passen per la llibertat, la dignitat i el respecte, i que s'han anat configurant al gresol de la civilització grecoromana, la gestació del pensament europeu amb les seves llums i ombres, i el bagatge de l'humanisme cristià.

El nostre país, Catalunya, ha estat innumerable vegades capdavanter en iniciatives de solidaritat i generositat, que provenen sempre de la transversalitat d'una societat civil emprenedora i coneixedora de les seves possibilitats, i que mai no ha defugit la seva responsabilitat davant les complexitats socials. Jo crec que la nostra Fundació és un exemple més d'aquesta bona història, amarada dels nostres sentiments, coherent amb el seny i que sap fer del raonament, la convicció i la confiança entre tots, una demostració de fidelitat a la virtut que tot poble ha de saber assolir i respectar.



Sergi Garcia

Coordinador de prevenció del suïcidi i psicòleg de la Fundació Ajuda i Esperança.

“

L'espai d'escolta que ofereix el voluntari li permet analitzar la seva pròpia realitat, i fomenta la seva autonomia a l'hora de prendre decisions per abordar les circumstàncies amb les quals s'ha d'afrontar.

Fonaments conceptuals del Telèfon de l'Esperança i del Telèfon de Prevenció del Suïcidi

La Fundació Ajuda i Esperança és una organització privada sense ànim de lucre, creada el març del 1987 per promoure, fomentar i donar suport al servei d'atenció urgent i immediat d'acompanyament emocional anomenat Telèfon de l'Esperança (TE). Aquest servei d'atenció telefònica, que continua operatiu actualment, va ser fundat el 19 de març del 1969 per Mn. Miquel Àngel Terribas, que en va ser el promotor i director fins a la seva mort l'any 1986.

El 6 d'agost del 2020, la Fundació, en conveni amb l'Ajuntament de Barcelona, posen en marxa un altre servei, el Telèfon de Prevenció del Suïcidi (TPS), adreçat específicament a persones que manifesten algun tipus de conducta suïcida, així com al seu entorn i als supervivents de la mort per suïcidi d'alguna persona propera.

Telèfon de l'Esperança

El projecte del Telèfon de l'Esperança (TE) és una línia d'atenció telefònica oberta les 24 hores del dia, els 7 dies de la setmana, amb la finalitat d'oferir un espai segur d'escolta i diàleg, seguint els principis d'anonimat, no judici, confidencialitat i gratuïtat. Anomenem escoltes les persones voluntàries que atenen aquest telèfon. Els escoltes han de superar primer un procés de selecció on es determina que estan en un moment vital d'estabilitat emocional, i que disposen de les habilitats comunicatives i les

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

El TPS suposa l'habilitació d'una nova línia de telèfon (900 92 55 55) per atendre trucades on es presenten, específicament, ideacions o conductes suïcides, així mateix s'atenen persones de l'entorn de la persona suïcida i supervivents de la mort per suïcidi d'alguna persona propera.

competències emocionals necessàries per atendre el tipus de trucades que podran rebre al TE. Posteriorment, reben una formació teòrica i pràctica sobre empatia i escolta activa. Aquesta formació és impartida per professionals de la salut mental.

El marc teòric en el qual se sustenta la línia d'actuació dels escoltes del TE és l'enfocament centrat en la persona, de Carl Rogers¹. No es tracta de fer psicoteràpia, això és una tasca que han de fer els professionals de la salut mental en un altre tipus de context, sinó de reconèixer la persona en cada trucada, donar-li tot el respecte i dignitat que es mereix com a tal i fer que se senti escoltada, compresa i alleugerida. Es busca crear una relació d'iguals que permeti que la persona que ens truca pugui expressar obertament el que sent i el que pensa, legitimant les seves emocions i facilitant que es manifesti de la manera més honesta possible per a ella.

L'escolta adopta un dels principis bàsics d'actuació des de l'abordatge rogerià: l'acceptació positiva incondicional fonamentada en una actitud empàtica i de no judici. El voluntari del TE escolta de manera respectuosa i càlida; s'interessa i pregunta amb sensibilitat per la realitat de la persona i per la seva experiència subjectiva; i s'adreça a ella amb la intenció de voler comprendre-la sense voler canviar-la. De mica en mica, a través del diàleg, l'escolta va teixint una relació humana amb la persona, un contacte, podríem dir, entre cor i cor o entre ànima i ànima. I és precisament aquest contacte humà en l'aquí-i-ara, en un clima d'acceptació, respecte i comprensió, el que permet que la persona que ens truca angoixada, desesperada, abatuda, amb un profund sentiment de solitud o de pèrdua, o amb qualsevol altre malestar psicològic es pugui anar alleugerint perquè descobreix que "hi ha un altre per a mi", hi ha algú disposat a acollir-lo, i escoltar-lo, i a oferir-li l'atenció i el temps que es mereix i necessita.

De vegades, la veu amiga de l'escolta que acompanya de manera no directiva i no confrontativa, permet que la persona que ens truca, habitualment immersa en una situació que la problematitza i l'angoixa, pugui prendre consciència d'aspectes de la seva realitat emocional, caracterial o relacional. De vegades, fruit del diàleg i la reflexió, la persona s'obre a d'altres formes d'afrontar allò que la neguiteja, i comença a entreveure solucions

diferents de les que es plantejava abans de trucar, obtenint així una mica de claredat sobre allò que li genera confusió i malestar. L'espai d'escolta que ofereix el voluntari li permet analitzar la seva pròpia realitat, i fomenta la seva autonomia a l'hora de prendre decisions per abordar les circumstàncies amb les quals s'ha d'afrontar.

D'altres vegades, el diàleg i l'elaboració resulten molt difícils. Es tracta de persones que probablement pateixen algun problema greu de salut mental. En aquests casos, l'escolta ofereix la contenció emocional que la persona necessita en un moment de crisi en la qual se sent desbordada. L'escolta acompanya i ajuda a sostenir el patiment psicològic que la persona està vivint, oferint-li un suport que li serveix de bàlsam i que permet alleugerir el seu dolor.

D'altres vegades, la persona que truca no manifesta una angoixa profunda ni aparentment un gran abatiment, però li manca el caliu del suport de les persones properes, familiars o amics. Són moltes vegades, però no únicament, persones grans que se senten soles, i aïllades, i que necessiten parlar i comunicar-se. L'escolta ofereix llavors una companyia amable que suposa, sovint, l'únic contacte social que la persona té al llarg del dia.

En qualsevol cas i sigui com sigui, la persona que truca al TE sempre trobarà algú disposat a escoltar, acompanyar i acollir allò que necessiti compartir.

Telèfon de Prevenció del Suïcidi

El primer servei d'atenció telefònica a persones amb risc de suïcidi va ser el National Save a Life League i data de l'any 1906 a Nova York. Més tard, l'any 1953 a Londres, el pastor anglicà Chad Varah inicià un servei d'ajuda telefònica a persones que es plantejaven posar fi a la seva vida: "Before you do anything desperate, ring this number...", deien els cartells amb els quals va difondre el nou servei. Des de llavors s'han creat, arreu del món, nombrosos serveis d'atenció telefònica per a persones que viuen situacions de crisi emocional o existencial, i on el risc de suïcidi és considerable. A l'any 1958, a Los Angeles, es va crear el Suicide Prevention Center; a França, l'any 1960, neix SOS Amitié; a Itàlia, també als anys seixanta, es creen el Telefono Amico (Milà) i la Voce Amica (Gènova); i, com ja hem mencionat, a Catalunya, l'any 1969, comença la seva activitat el Telèfon de l'Esperança. Actualment, hi ha línies d'atenció telefònica ateses per persones voluntàries a més de 60 països del món².

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 Quebec, Canada. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 577-587.

El telèfon esdevé, doncs, una eina clau per atendre situacions de crisi i emergència on hi ha un risc vital com el suïcidi, encara que també abasta moltes altres problemàtiques humanes. Per aquesta raó, també suposa una eina de prevenció, ja que algunes d'aquestes problemàtiques, quan no s'atenen adequadament, poden acabar derivant en conductes suïcides.

El TPS suposa l'habilitació d'una nova línia de telèfon (900 92 55 55) per atendre trucades on es presenten, específicament, ideacions o conductes suïcides. També s'atenen persones de l'entorn de la persona suïcida, així com supervivents de la mort per suïcidi d'alguna persona propera. De la mateixa manera que el TE, es tracta d'un servei d'atenció 24/7 portat a terme per voluntaris, als quals anomenem orientadors/es, que estan formats i supervisats per professionals de la salut mental.

El desenvolupament i posada en marxa del TPS ha comptat amb el suport i assessorament d'un Comitè Assessor format per professionals independents de reconegut prestigi en l'àmbit de la prevenció, intervenció i postvençió de la conducta suïcida: experts en l'àmbit de la salut mental (psiquiatria i psicologia) de diferents hospitals de referència (Hospital del Mar, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Hospital de Sant Joan de Déu, Hospital Parc Taulí); experts en l'àmbit del dret i la bioètica; i representants d'entitats socials de prevenció del suïcidi i atenció al supervivent (Associació Catalana de Prevenció del Suïcidi i Després del Suïcidi-Associació de Supervivents).

La implementació del servei i el desenvolupament dels protocols d'actuació que fan servir els orientadors segueixen les recomanacions que l'Organització Mundial de la Salut estableix al document "Preventing suicide: A resource for establishing a crisis line"³. S'han estudiat i analitzat altres serveis homòlegs que existeixen des de fa temps en altres països occidentals, incorporant tots aquells aspectes adients per portar a terme el servei de la manera més eficient possible. En aquest sentit, s'han seguit les recomanacions proposades pel National Suicide Prevention Lifeline (2010) (NSPL) amb relació a les actuacions que han de seguir els escoltes d'una línia d'atenció telefònica en situacions de risc imminent de suïcidi (Policy for Helping Callers at Imminent Risk of Suicide). La NSPL és finançada per SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services) dels Estats Units d'Amèrica.

El TPS esdevé un dispositiu que té com a primer objectiu evitar la mort per suïcidi en situacions de risc imminent. En aquests casos, busquem la col·laboració activa de la persona que truca per tal d'assegurar la seva seguretat i alertem al Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) perquè pugui realitzar

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>

les accions necessàries per portar a terme el rescat. Però el TPS té també altres objectius importants relacionats amb la prevenció del suïcidi: vincular la persona amb altres recursos de suport (salut mental, serveis socials, entitats de prevenció del suïcidi i atenció al supervivent); i, en cas que ja hi estiguin vinculats, fomentar l'adherència terapèutica. Així, doncs, el TPS actua com a radar per detectar aquelles persones que no estan vinculades a altres recursos comunitaris, i esdevé una porta d'entrada a aquests recursos.

Tot plegat es porta a terme gràcies a la tasca dels orientadors, persones voluntàries formades específicament en l'atenció de situacions de crisi i prevenció del suïcidi i que prèviament han tingut l'experiència de ser escoltes del TE. L'orientador/a, a més a més de posar en pràctica totes les eines d'acompanyament emocional que fa servir l'escolta del TE que ja hem descrit anteriorment, desplega altres abordatges específics per la prevenció del suïcidi, per als quals ha estat degudament entrenat, i que habitualment impliquen intervencions més directes, sempre amb la intenció de vetllar per la seguretat de la persona amb risc de suïcidi.

Cal dir que el TPS no és un servei psicoterapèutic, ni pretén substituir l'atenció psicològica i/o psiquiàtrica que pot requerir la persona. Es tracta d'un suport complementari d'atenció immediata, que atenua el patiment en situacions de crisi i que pretén vincular la persona amb altres recursos (sanitaris i no sanitaris) que puguin oferir-li l'ajuda que necessita.

En definitiva, el TE i el TPS són uns dispositius accessibles en qualsevol moment i pràcticament des de qualsevol lloc, que ofereixen l'atenció i el suport que necessiten persones que pateixen. Per fer-ho possible, comptem amb la col·laboració de centenars de voluntaris altament motivats i compromesos, formats específicament per desenvolupar les tasques que porten a terme i supervisats per professionals de la salut mental.

LA VEU DELS VOLUNTARIS/ES

Els voluntaris/es que atenen als usuaris/es com a escoltes o com orientadors/es constitueixen els pilars bàsics dels serveis de la Fundació. La seva expertesa i la seva capacitat d'empatia són la clau per entendre l'efecte balsàmic dels telèfons de l'esperança. Hem volgut donar-los la veu per tal d'aprofundir en el coneixements de la metodologia de l'escolta activa. El seu testimoni, en llenguatge col·loquial de la taula rodona telemàtica que vàrem organitzar, ofereix un retrat viu i directe de la riquesa humana que arriben a establir en la comunicació amb els usuaris/es dels serveis.



Oriol Homs: Ens agradaria incorporar en el primer informe de l'Observatori de l'Esperança la vostra experiència com a escoltes i com a orientadors/es. Vosaltres sou la peça fonamental del servei que ofereixen els dos telèfons.

La primera pregunta que us vull fer és: quan la gent truca, què creieu que espera del Telèfon? Suport, comprensió, ajuda, recursos, que els ajudem...?

Joaquim: Evidentment hi ha moltes problemàtiques, però bàsicament en el 90% dels casos, el que volen és ser escoltats, però més que ser escoltats, el que volen és poder parlar amb algú, que a vegades és diferent de només ser escoltat. És a dir, saber que hi ha algú a l'altra banda que quan et diu alguna cosa et pot contestar, no tant com per donar-li el vistiplau del que està dient sinó per dir: "Ah, molt bé, doncs escolta...", com una xerrada normal i corrent. És a dir, amb la majoria, almenys al Telèfon de l'Esperança, jo el que veig és moltíssima solitud, però fins i tot amb gent amb malalties mentals que l'únic que volen és parlar, res més, no volen res més, més que ser escoltats volen parlar. I et diuen: "gràcies per haver estat aquí, gràcies per parlar amb mi, gràcies per conversar", etc.

Tat: Que volen conversar. Em ve al cap l'última trucada que vaig tenir el divendres passat al Telèfon de Prevenció del Suïcidi d'una dona que estava molt angoixada i ella va començar a plorar, plorava molt i va començar dient que estava esperant que li donessin visita al psiquiatre, però que estava en un moment que necessitava parlar amb algú i estava amb la cosa de treure's la vida i tal. I llavors per a ella és com que agafo aquest telèfon i sé que algú m'escolta en aquest moment de crisi.

Joaquim: Sí, sí, el que vol la gent és tenir algú a qui explicar-li alguna cosa i que tu interactuïs moltes vegades amb ell. Tenen tanta soledat dins seu que aquesta estona en què aconsegueixen parlar amb algú, a ells se'ls obre una mica el món, "jo ja no estic tot sol, jo ja no, ja tinc algú amb qui parlar".

Oriol Homs: És com si anessin a prendre un cafè o sortir amb alguna persona o amb una amiga o amb algun conegut? O hi ha gent que demana més?

Tat: Hi ha gent que demana opinió.

Joaquim: Sí, sí, però ajuda directament normalment no te la demanen, et demanen, "tu què faries?" Al Telèfon de l'Esperança, tu els dius: "Mira, escolta, això és una decisió personal teva, jo estic aquí per parlar i potser si de la conversa en surt alguna cosa que tu en puguis treure, molt bé", no hi ha tanta gent que en definitiva et demani ajuda, n'hi ha, però n'hi ha molta més que el que vol és parlar amb algú.

Helena: Jo crec que més que ajuda, el que necessiten és sentir-se compresos en la seva problemàtica, que algú entengui el que els està explicant i que no els jutgin, sobretot, sentir aquest suport d'algú...

Alícia: Jo també crec que la gent vol ser escoltada, però hi ha una cosa que també de vegades hi actua i és una cosa de la qual no són conscients en el moment en què ens truquen. Quan ens truquen saben perfectament que som persones anònimes, que mai no sabran com som, ni nosaltres com són ells. Però realment el que actua com a bàlsam és sentir-se la pròpia veu, verbalitzar allò que els angoixa i aquesta mateixa angoixa brolla, la veuen, gairebé la toquen, perquè la poden sentir, i precisament per això, perquè som anònims, poden arribar a més, fins i tot més profundament de com ho farien en una conversa amb una amistat o amb algú altre molt proper. I per descomptat, és soledat, molta soledat. Però l'efecte de sentir-se la pròpia veu... crec que és molt important per sentir-se millor després, i amb independència del que puguis dir, és clar.

Joaquim: És clar, i aquest atrevir-se a dir-ho és iniciar aquella conversa que, potser amb una germana, estic parlant per exemple d'un usuari habitual que ha trucat aquesta nit, que viu sol, però que de les coses que parla i que em comenta a mi, amb la seva germana no en parla. En canvi, a mi me les diu.

Alícia: Però és que fins i tot ni mentalment, potser ni les verbalitzen, és a dir que és una cosa que en el moment que extreuen d'ells mateixos, tenen un efecte terapèutic.

Joaquim: Aquest nivell de confiança que arriben a tenir amb tu no el tenen amb el seu entorn habitual, perquè potser el seu entorn habitual té una funció més terapèutica, molt més com un bisturí, i potser en aquest entorn més lliure puc dir que m'he comprat quatre pel·lícules X, per exemple. Doncs a mi m'ho comenta amb tota naturalitat i ja està, no passa res.

Alícia: Nosaltres no ens escandalitzem de gairebé res.

Helena: Jo quan algú de vegades comença: "És que no sé com dir-t'ho, perquè el que et diré ara és que em fa vergonya", jo sempre li dic: "Pensa que tu i jo podríem anar a l'autobús junts al costat de l'altre i jo no sabria qui ets tu, ni tu sabries qui soc jo. Per tant, pots parlar amb total confiança perquè jo no tinc cap dada més que el que tu em vulguis explicar..."

Alícia: No jutgem, evidentment procurem no jutjar normalment. Però és clar, és impossible, quan veus algú ja el classifiques com a gras, prim, guapo, lleig... Però en el moment en què no el veus, només el sents, també podem actuar potser més profundament i trencar barreres, i ser més propers i pròxims.

Albert: D'acord, però jo afegiria que a més aportem allò que diem reformulació, és a dir, així que a tu el que t'està passant és tal cosa i tal altra, i això que heu dit que al verbalitzar-ho, les mateixes persones se senten a si mateixes, si tu també ho reforces amb la reformulació, d'alguna manera es confirma allò que diem que la paraula pot ser terapèutica.

També voldria afegir que, per exemple, una persona amb un trastorn mental, quan ens truca es troba en una situació momentània que potser li està passant en aquell moment, en canvi quan aquesta persona va al terapeuta s'ha de canviar de roba, ha de sortir al carrer... vull dir que ja canvia d'actitud, i llavors la cosa és més formal. En canvi, quan ens truquen no apliquen tants filtres.

Joaquim: Però fixa't la paradoxa, Albert, i continuant amb el que deia l'Helena de l'anonimat i el que deies tu, la paradoxa és que molts habituals, així que tu despenques el telèfon i dius "Telèfon de l'Esperança, digui'm", ja saben qui ets! No coneixen el teu nom, no saben la teva edat ni res, però ja et tracten de tu a tu, i tu si saps el seu nom perquè t'he l'han dit, i en canvi per a ells és com si siguin una persona anònima. És a dir, parlen i et confessen coses com si fossis amic seu i et veiessin cara a cara.

Oriol: Esteu insistint molt en el tema de l'anonimat que em sembla molt important. Vosaltres penseu que si d'alguna forma es trenqués, és a dir, que us veiéssiu la cara per exemple amb un vídeo, no parlarien igual com parlen?

Albert: Jo crec que no.

Tat: Jo crec que no.

Alícia: Ni ells ni nosaltres.

Tat: Ni ells ni nosaltres, exacte.

Jacint: Jo voldria comentar una cosa sobre l'anonimat, que realment és molt interessant, però en el nostre cas, no només és l'anonimat sinó que és la manca d'imatge. O sigui, una senyora que es planta davant o al costat de l'autobús que agafa cada dia, parla amb aquella persona, i és totalment anònim: no sap ni qui és, ni com viu, etc. En el nostre cas, a l'anonimat, a part d'evidentment no saber res de nosaltres, s'afegeix la manca d'imatge, que és una cosa que jo trobo que és molt important.

Oriol: Esteu repetint molt el cas dels habituals, i és normal perquè són els que aneu coneixent més, voldria aprofundir en això: quins considereu que són habituals? Una persona que truca dues, tres vegades o una persona que trucada cada dia, una persona que truca cada setmana...

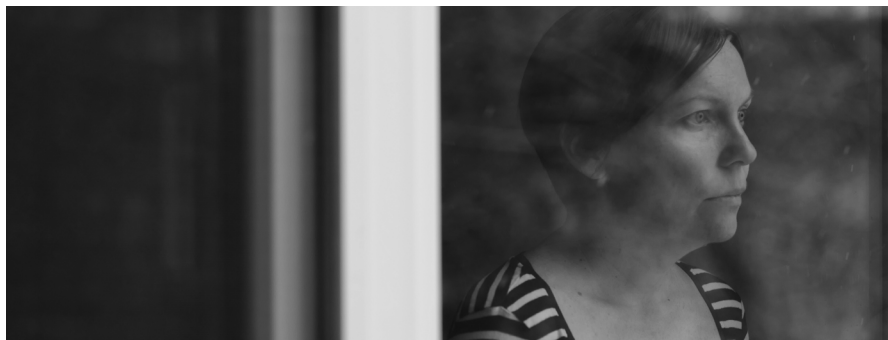
Joaquim: Per a mi, habitual seria aquella persona que en un moment donat té com a recurs el Telèfon per a qualsevol situació. Hi ha gent que truca cada dia, però jo he tingut vegades que una mateixa persona m'ha trucat disset vegades en un mateix torn, vull dir que ha tingut un moment de crisi i ha sigut constant; i en canvi pot haver-hi persones que poden trucar un cop cada dos mesos, i no per això deixen de ser habituals. Truquen quan tenen qualsevol necessitat de parlar amb algú, tenen el Telèfon com a referent. I moltes vegades, crec que som nosaltres els que creem habituals perquè jo soc el primer que davant d'una trucada d'una persona que truca angoixada perquè et vol explicar alguna cosa, li dic: "Escolta, truca'ns les vegades que et faci falta si això t'alleugera el pes que tens i això et fa estar millor, truca, no et preocupis". I més per exemple en el torn de nit les trucades poden ser més espaiades, no hi ha tant col·lapse, i dius "tranquil·la, si tu a les 4 de la matinada et despertes i tens necessitat de parlar, truca, no et preocupis". Vull dir que moltes vegades nosaltres creem amb aquesta gent l'habitualitat al dir: "Tranquil, som aquí per ajudar-te, no som aquí per dir-te que no em truquis més, no, no".

Joaquim: Sí, però per exemple, ahir em va trucar una persona i el que us deia abans, a mi ja em coneix "Home, què tal?, avui tens guàrdia, avui et toca" i diu: "Mira, saps una cosa, ja no tinc pensaments suïcides" i dius mira que bé, són d'aquelles coses que dius, ostres, doncs me n'alegro que estiguis bé que hagis millorat una mica. Ara sembla que està millor...

Oriol: Disculpeu, voldria introduir un nou tema: hi ha alguna vegada que la gent us demani coses que vosaltres no els pugueu donar? Recursos, ajuda, etc.? És a dir, gent que facin servir el Telèfon per demanar-vos coses que no estan al vostre abast o que no teniu els contactes o la relació?

Albert: A mi, de recursos normalment me'n demanen molt pocs. Un dia va trucar un noi entre classe i classe d'un institut per dir que tenien una companya que s'aprimava molt i que es pensaven que aquesta noia era anorèxica. I llavors, tot i creient que vivia amb els pares estaven preocupats, no sabien què fer i és clar davant d'això se li va donar un recurs de trastorns de l'alimentació.

Alícia: A vegades també el que passa és que et plantegen una situació crítica, parlo ara d'un cas de no fa gaire del Telèfon de Prevenció del Suïcidi, amb la qual a través dels recursos i les eines que tens vas conduint el cas i te'n vas sortint: "No, aquí no puc, aquí ja hi he anat, aquí m'han dit que no...", i a vegades et trobes també amb la sensació que estàs molt limitada perquè allò que tu pots oferir a aquella persona que té una situació desesperada social, familiar, econòmica..., ja ha trucat a totes les portes. I et quedes una mica amb aquella sensació de desolació perquè dius, i ara què faig? I a part d'abraçar-lo mentalment i emocionalment, et quedes amb la sensació que



no tens res més perquè ja ho han provat tot o perquè ell o ella creu que ho ha provat tot, encara que no sigui així.

Tat: Volia comentar dues coses: una, pel que fa al Telèfon de l'Esperança, sí que a vegades hi ha demandes que la voluntària que agafa el telèfon faci el rol de mare, faci el rol de la veïna, hi ha aquesta demanda. I després quan comentàveu sobre el Telèfon del Suïcidi, per exemple, l'altre dia vaig rebre una trucada d'una dona que estava molt angoixada, ella no estava en condicions de veure res. En aquest cas l'acompanyament actiu és una forma de conduir la conversa perquè ella pugui veure a través de les meves paraules el que ella no pot veure malgrat que ho està explicant.

Oriol: Amb això que expliques voldria encetar un nou tema. Nosaltres som els que recollim les derivacions dels serveis de salut o dels serveis socials o d'altre tipus, o som els que detectem coses que hauríem de poder derivar a les xarxes de salut o serveis socials? Com ho veieu, vosaltres?

Tat: Jo tinc la sensació que acompanyem en el desert que queda entre la visita al psiquiatre o al psicòleg un cop al mes o cada dos mesos... Hi ha com una terra àrida que saben que trucant poden parlar, els podem acompanyar, són escoltats...

Helena: Entre visita i visita.

Alícia: També la situació s'ha agreujat molt pel tema de la pandèmia. Els que pateixen una malaltia mental ara parlen un moment per internet, pel mòbil, per vídeo amb els seus terapeutes... però jo crec que són precisament malalties que necessiten el contacte que necessiten... Però en canvi amb nosaltres, potser per l'anonimat et parlen amb molta naturalitat, suposo que estan acostumats que nosaltres els tractem com qualsevol altra, que no vol dir que jo aquella persona la prengui "per boja", que és com la societat, a vegades, el cataloga.

Albert: Sí, però passa una cosa, el tema de la malaltia mental: moltes vegades el primer que ho estigmatitza és el que ho està patint, perquè ho ha vist a la societat.

Alícia: Però és que ja estan escaldats perquè estan acostumats que des de molt joves quan han comentat la seva malaltia s'han quedat sense la nòvia, o el nòvio, s'han quedat sense amics, a la feina els han apartat. I quan tu comentes: "I per què no els ho dius? És una cosa natural, és una malaltia, estàs en tractament", no et contesten i clar, sap greu.

Helena: A mi, una de les trucades que més m'ha impressionat, potser la que més, va ser la d'una persona amb un trastorn de salut mental important; ell, quan em va trucar, estava bé perquè tenia brots, al·lucinacions, brots psicòtics, i m'ho explicava estant ell bé, o sigui, totalment bé. M'explicava com se sentia quan els tenia, quan els havia passat, o sigui que m'ho explicava amb una naturalitat i una manera que... és que no sé com verbalitzar el que em va fer sentir. És a dir, el vaig veure tan natural explicant-m'ho, explicava amb tant de dolor com de malament s'ho passava quan li agafaven els brots i després com el feia sentir la gent pel problema que tenia... i el veies tan fràgil, pobre home. Vull dir, quan l'hi passa, que malament que s'ho passa i després és una persona que havia perdut la feina, la parella... ho havia perdut tot per aquest motiu. I penses, que vulnerables, és a dir, de tenir-ho tot, perquè em va explicar com va començar tot el procés... i la veritat és que va ser realment una trucada d'aquelles que dius... profundes, i encara et fa ser més conscient del problema de la salut mental, que està molt estigmatitzada, i que girem el cap per no veure-ho.

Joaquim: El problema de la salut mental molt sovint prové fins i tot de dins la mateixa família. És a dir, de vegades els primers que estigmatitzen el malalt són els mateixos familiars i a mi algun malalt m'ho ha dit, diu: "És que els primers que van començar a allunyar-se de mi quan em van diagnosticar esquizofrènia van ser la meva família, els meus germans".

Oriol: Dieu que amb la pandèmia heu notat un canvi. Quins tipus de canvis heu notat? Heu notat temàtiques noves o problemàtiques noves, o és el de sempre, però més agudes o més necessitat de parlar?

Joaquim: Jo el que sí que he trobat són més trucades de gent gran que abans no havia trucat mai i que ara et diuen: "És que, clar, abans podia sortir a comprar o quedava al parc i m'asseia al banc, i ara no ho puc fer". Sí que he trobat més increment amb aquest tipus de perfils, de gent amb poca mobilitat que la pandèmia ha fet que la poca mobilitat que tenien abans s'hagi tornat nul·la.

Alícia: Jo el que he notat també és el tema econòmic. Gent que s'ha quedat sense feina, i fins i tot encara que estiguin cobrant l'atur, persones que estan en actiu, que s'han trobat que havien de cuidar el pare, la mare... la situació ha canviat, han deixat de fer les coses que feien, i això els ha significat una alteració en el seu ritme de vida i, sobretot l'angoixa pel tema econòmic i el tema econòmic és molt, molt angoixant. Últimament, pràcticament no faig més que Prevenció del Suïcidi, però jo trobo casos molt, molt desesperats i és per tema econòmic. I aquí sí que ens trobem que poc podem fer per ajudar en aquest sentit.

Oriol: Penseu que els vostres telèfons estan més especialitzats per atendre necessitats més personals, més psicològiques, més emocionals que les de demandes de recursos més immediats, més materials... és així?

Joaquim: Per mi, sense dubte, sí. La gent que truca al Telèfon de l'Esperança demana més un ajut psicològic, parlar, ser escoltat, més que no pas on puc anar a dormir, on puc anar a menjar o on puc fer això. I en canvi, la gent que truca a altres telèfons, el que busca és una solució immediata a un problema material, és a dir, on puc anar-me a dutxar, fa 15 dies que no em puc dutxar, fa 15 dies que no m'he canviat de roba, on puc anar a menjar, on puc anar a fer tal cosa?

Oriol: Per finalitzar us voldria preguntar quin impacte creieu que teniu sobre les persones que us truquen.

Albert: Jo crec que és molt satisfactori, que és molt gratificant. Sempre quan s'acaba una trucada, jo diria que el 90% et donen les gràcies, et reconeixen que estaven angoixats quan t'han trucat i que ara estan millor... vull dir, a vegades entre nosaltres ho comentem, allò que rebem és el que donem però fins i tot en el sentit que ho verbalitzen, de vegades et diuen: "Estic més tranquil ara que quan surto d'una teràpia", per exemple. Vull dir que t'ho agraeixen molt moltes vegades, fins i tot gent amb trastorns mentals greus.

Joaquim: Jo estic amb l'Albert. Quan tu reps una trucada d'aquestes d'algú que et truca angoixat o amb un nivell d'estrès molt alt, sempre quan acaba la trucada li pregunto: "Com et trobes ara?", perquè a més li dic: "Ara et noto la veu més calmada, et noto la respiració més tranquil·la, com estàs?" i em diu: "Molt millor, només parlar, perquè no m'han solucionat res, però només parlar m'ha anat bé". Vull dir que jo crec que el nivell de satisfacció per a ells és alt, per a mi molt més, perquè a mi que aquesta persona em digui que ja no està com estava quan m'ha trucat al començament, malgrat que ho notis, però que t'ho digui ella directament...

Alícia: Jo estic d'acord amb els companys. Sí, el nivell de satisfacció és enorme perquè tu has tingut primer l'ocellet ferit al palmell de la mà, l'has

vist que estava plorant, que estava angoixat, que estava de vegades rabiós i a poc a poc, sigui per la manera que tu has envoltat la conversa, per una rialla que per un moment donat sembla impossible d'una persona que estigui plorant puguis arribar a trencar aquell plor, que t'acompanyi amb el riure... t'adones que és un miracle perquè tampoc hi ha tant de temps per fer aquesta feina. L'hem de fer des del moment zero fins que acaba, que pot durar mitja hora, tres quarts, una hora, en casos molt extrems una hora i mitja... però no hi ha tant de temps. Jo sempre dic, hi ha alguna cosa que m'agrada dir quan tinc una trucada d'aquestes difícils, d'aquestes que et trenca, que per mi s'apaga el món, s'apaga el món i jo només estic per aquella persona, i quan penges i veus que realment sí, que ha revifat, que "escolta'm, vosaltres sabeu que salveu vides"?

Helena: Gairebé tothom acaba amb un gràcies, i això és molt gratificant per totes dues parts, però sobretot és això que ara comentava l'Àlícia, el fet de començar una conversa en un to molt dolent, la persona molt nerviosa, plorant... i acabar-la somrient, perquè no dic rient a cor què vols, perquè no és així, però acabar somrient és... buf!... que bé, que penges i dius: "Que bé". Almenys aquesta persona ha penjat molt millor de com ens ha trucat i ja només per això ha valgut la pena, i això és el més gratificant, és a dir, passar d'un extrem a l'altre en tan poc temps perquè et truquen plorant angoixades perquè el que els passa és realment angoixant, i bé, després que ja ho han explicat tot i tu mires d'aportar-hi tot el positiu, treure'n alguna cosa que els faci si més no somriure, i quan ho aconsegueixes dius... "que bé, que bé per aquesta persona".

Àlícia: És clar, fem miracles, Helena, de vegades.

Helena: De vegades penso que sí, perquè dius: "Com ho he fet? Com he aconseguit que aquesta persona..." Però és el que tu dius, centrar-te només en això.

Àlícia: S'apaga el món, s'apaga el món i res més. Només tens aquella persona al cap.

Helena: Totalment, perquè, si tens el cap en una altra banda, sí que no en seràs capaç, és centrar-te plenament en el que t'estan explicant i mirar de dur-ho a la millor part.



Dades de l'Observatori

EL TELÈFON DE L'ESPERANÇA

El Telèfon de l'Esperança és el servei estrella de la Fundació. Es tracta del servei d'atenció telefònica amb funcionament garantit les 24 hores i els 365 dies de l'any.

Els telèfons sempre tenen una persona voluntària disposada a escoltar i acompanyar la persona que ho necessita. S'estableix un diàleg molt sincer gràcies a l'anonimat i la confidencialitat en què es produeix.

La nostra missió consisteix a oferir un acompanyament generant un espai segur on la persona es trobi ben acollida. Mitjançant l'escolta activa i el respecte total aconseguim que es redueixi l'angoixa i la preocupació. Treballem conjuntament amb la persona que truca, per reflexionar a l'entorn de la situació o vivència que vol compartir amb nosaltres alhora que cerquem formes d'afrontar-la.

La Fundació Ajuda i Esperança ofereix el servei del Telèfon de l'Esperança des de la seva creació, donant continuïtat a la iniciativa i experiència que Mossèn Miquel Àngel Terribas havia posat en marxa i desenvolupat des de l'any 1969.



El funcionament del servei

Tradicionalment la Fundació Ajuda i Esperança ha acollit presencialment els voluntaris que han atès el Telèfon de l'Esperança a la seva seu. La situació de pandèmia per Covid-19 ha modificat de dalt a baix aquesta situació, ja que des del primer dia de l'estat d'alarma el març del 2020 els voluntaris han atès el Telèfon de l'Esperança des de casa. Aquesta transformació ha generat noves dinàmiques, per bé que s'ha mantingut l'essència del servei.

El Telèfon de l'Esperança està dividit per cabines. El 2020 s'han mantingut dues cabines, que s'han ampliat a tres cabines (segona quinzena d'abril, maig i juny) coincidint amb l'estat d'alarma. Cada cabina està dividida en torns, d'acord amb diferents franges horàries (matí, migdia, tarda, vespre, primera part de la nit i segona part de la nit). Cada torn és atès per un voluntari de la Fundació, capacitat específicament com a escolta.

D'aquesta manera, el 2020 s'han posat a disposició un total de 18.282 hores d'atenció telefònica per part del voluntariat de la Fundació, distribuïdes mensualment d'acord amb la taula següent:

Evolució mensual de les trucades registrades



El 2020 el Telèfon de l'Esperança ha comptat amb la participació de 260 persones voluntàries. Els requisits per formar part del grup de voluntariat són: tenir més de 25 anys, comprensió del català i del castellà, viure un moment d'estabilitat emocional i disposar de 10 hores al mes per dedicar-les a escoltar els altres.

El procés de capacitació dels voluntaris del Telèfon de l'Esperança consisteix en un procés acurat que es fa de forma continuada i consta de les següents fases:

FASE I. Entrevista personal

És un intercanvi d'informació, expectatives i compromisos per tal que la persona interessada pugui valorar si vol formar part de l'entitat i l'entrevistador pugui conèixer i valorar la idoneïtat de la persona en qüestió per al desenvolupament de les tasques voluntàries.

FASE II. Formació inicial

La formació inicial és de caràcter polivalent per a l'atenció telefònica i té com a objectiu donar lloc a un servei exigent. El procés formatiu consta d'una part teòrica i una part pràctica de forma que l'assimilació és progressiva apoderant les persones voluntàries per tal d'oferir un servei de qualitat.

FASE III. Tutories

Una vegada realitzada la formació inicial les persones voluntàries passaran a tutories, és a dir, a un acompanyament per part d'un altre voluntari/ària amb més experiència, per als primers contactes amb trucades reals. El voluntari/ària sènior establirà el moment en què pot passar a atendre trucades sense acompanyament.

Formació continuada

Consisteix a oferir un seguiment personalitzat de la tasca que desenvolupen les persones voluntàries. Periòdicament, es convida les persones voluntàries a assistir a sessions on es treballa l'atenció que s'ofereix als usuaris a partir de casos reals enregistrats i a cursos especialitzats per anar complementant la formació.

Suport emocional

El servei d'atenció psicològica ofereix un espai d'escolta, suport i orientació als voluntaris. D'aquesta manera es garanteix el benestar emocional d'aquells que donen el seu temps i esforç per acollir i acompanyar persones que es troben en una situació de dificultat.

Característiques de les trucades

Durant tot l'any 2020 s'han rebut aproximadament 54.846 trucades. Els canvis tecnològics que s'estan introduint en la plataforma per gestionar les trucades permetrà en el proper any obtenir un càlcul més exacte de les trucades rebudes i algunes informacions sobre les seves característiques generals.

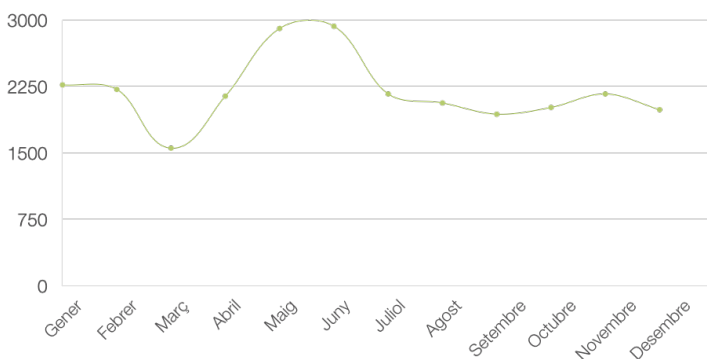
Del conjunt de trucades rebudes es van poder registrar 26.349 fitxes amb la informació anonimitzada de les persones ateses i la seva problemàtica. La base de dades recull a més d'algunes dades codificades la descripció dels relats expressats pels usuaris i usuàries de la seva situació i de les problemàtiques que les afecten. Aquesta informació constitueix un repositori d'històries personals d'una gran riquesa documental i analítica. L'explotació d'aquesta informació s'ha realitzat a partir de la codificació sencera de tota la informació d'una mostra aleatòria de 1.034 fitxes, la qual cosa suposa que les dades de la mostra representen, amb un 95% de confiança i un marge d'error del 3%, les dades del conjunt de les fitxes registrades.

Cal tenir en compte que un 8,4% de les trucades rebudes han estat trucades "silencioses", és a dir, que la persona que trucava no va arribar a establir un diàleg amb l'escolta. Aquesta és una situació que es dona en aquest tipus de serveis, quan les persones arriben a marcar el telèfon però no donen el pas de connectar o expressar les seves preocupacions.

L'evolució mensual de les trucades durant l'any reflecteixen la incidència de la pandèmia de la Covid-19, especialment durant el primer període de l'estat d'alarma amb les mesures de restriccions de les activitats i de la mobilitat de les persones. La declaració de l'estat d'alarma va obligar a una reorganització molt ràpida del servei per poder-lo seguir oferint les 24 hores de tots els dies. Llevat d'alguns dels primers dies del decret d'alarma, el servei va estar actiu en tot moment. Una vegada desplegat el nou sistema telefònic d'atenció des del domicili dels escoltes, l'increment de trucades ateses supera el 50%. En el mesos d'abril a juny es van registrar un 52% més de trucades que en el primer trimestre. A partir del juliol s'estabilitza el nombre de trucades a un nivell lleugerament superior al primer trimestre.

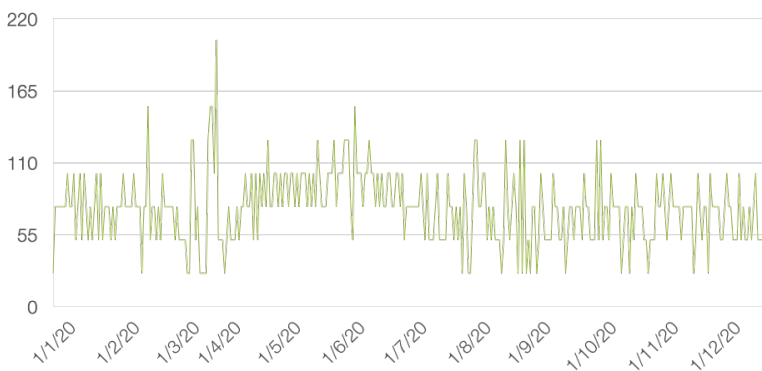
L'evolució mensual posa de manifest el fort increment dels mesos d'abril, maig i juny, la normalització durant l'estiu i un lleuger repunt a final d'any. L'obertura a partir del mes d'agost del Telèfon de Prevenció del Suïcidi segurament ha desviat algunes de les trucades que es rebien al Telèfon de l'Esperança i que ara s'han derivat cap el nou servei. Si es tenen en compte les trucades als dos serveis telefònics, les trucades ateses pugen a gairebé 56.000 (55.948 trucades).

Evolució mensual de les trucades registrades



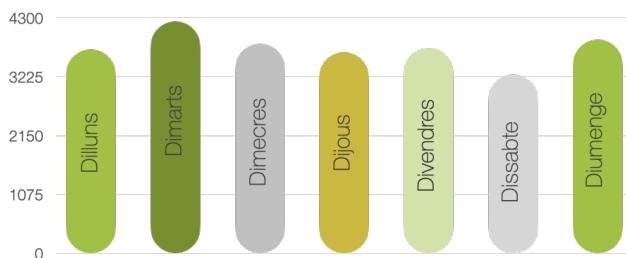
L'evolució diària de les trucades reflecteix la mateixa tònica mensual, però amb unes oscil·lacions diàries importants que poden arribar a significar vuit vegades més entre els pics més elevats i les valls més baixes. La pandèmia ha aguditzat aquestes variacions en què en alguns dies determinats es concentra un elevat nombre de trucades.

Evolució de les trucades registrades



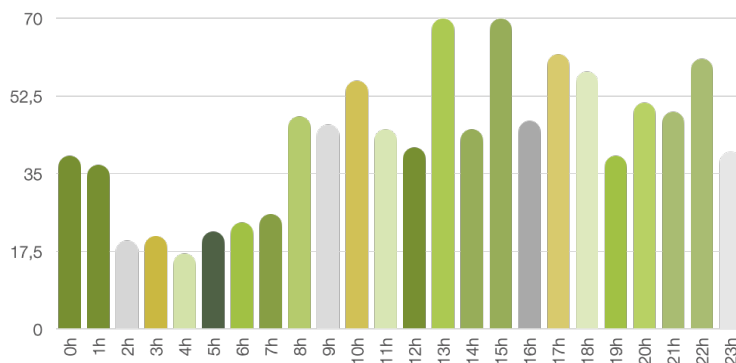
Les variacions setmanals expliquen una part de les oscil·lacions. Durant el període de tot l'any es detecta que els primers dies de la setmana a partir del diumenge hi solen haver més trucades que a la resta, i el dissabte és el dia amb menys trucades.

Trucades registrades per dies setmana



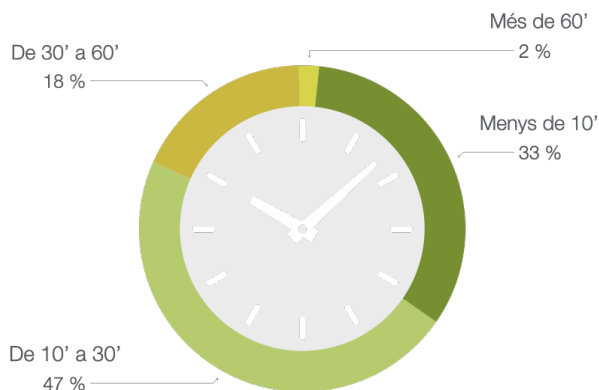
Un altre factor d'oscil·lació és el ritme circadiari, les trucades varien molt segons l'hora del dia. S'observa un ritme ascendent durant el matí amb un pic a l'hora de dinar, una davallada a la tarda i una altra remuntada cap a la nit, amb un altre pic a les 11 hores. Les hores amb menys trucades són a la matinada. És coneguda la influència del ritme circadiari sobre els estats d'ànims de les persones.

Trucades registrades segons horari diari



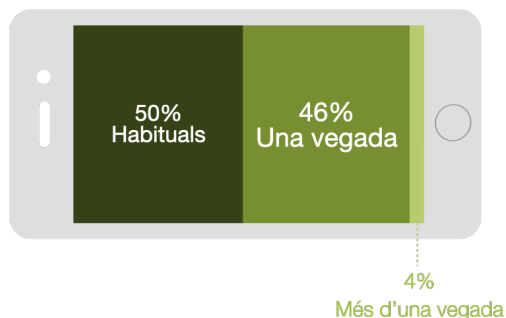
La gran majoria de les trucades tenen com a màxim una durada de mitja hora, essent les més freqüents les que duren entre 10 i 30 minuts. Les més llargues d'una hora són molt reduïdes.

Durada de les trucades registrades



La durada de les trucades expressa també un tipus de relació dels usuaris/àries amb el servei. El 46% de les trucades són úniques en un torn del servei, és a dir, persones que només truquen una vegada en un torn determinat. En canvi, si truquen més vegades solen correspondre als habituals del servei, en el sentit que truquen de forma recurrent ja sigui molt sovint o de forma més esporàdica quan el necessiten.

Nombre de trucades dels usuaris/àries



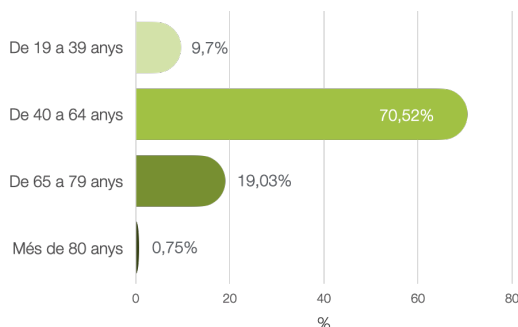
Característiques dels/les usuaris/es

Donat l'anonimat de les trucades, només és possible conèixer de forma aproximada les principals característiques de les persones que truquen al Telèfon de l'Esperança. Alguns trets de les persones és possible detectar-los a través de la informació que es vehicula durant la conversa.

De les trucades registrades, dues tercers parts corresponen a dones i l'altra tercera part a homes. En 22 casos les trucades fan referència a persones que s'identifiquen com a no binàries.

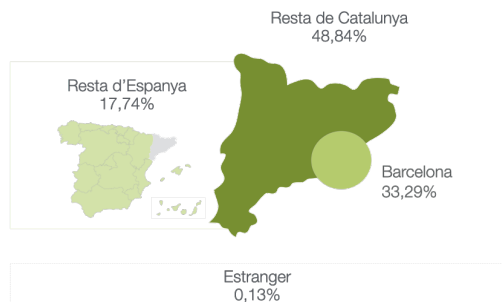
La gran majoria de les trucades responien a persones adultes de les edats centrals entre 40 i 64 anys. Una de cada 5 eren de persones amb més de 65 anys, i una de cada 10 podien considerar-se joves. En 21 casos eren menors d'edat.

Distribució per edats de les trucades registrades



Per zones de residència, Barcelona és el municipi amb més incidència, encara que la residència del conjunt de la resta de Catalunya constitueix el col·lectiu més important. Cal destacar que una de cada 6 trucades

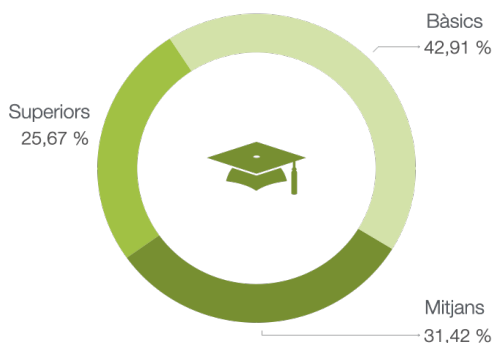
Trucades registrades per zona de residència



provenen de fora de Catalunya. També hi ha uns quants pocs casos que provenen de l'estranger.

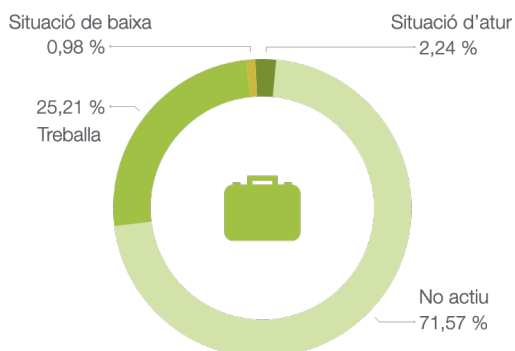
Aproximadament, els nivells culturals, mesurats en termes d'estudis, es poden classificar en: gairebé la meitat de les trucades tenen un nivell bàsic, el segon col·lectiu és el d'estudis mitjans i finalment els que tenen estudis superiors.

Distribució per estudis de les trucades registrades



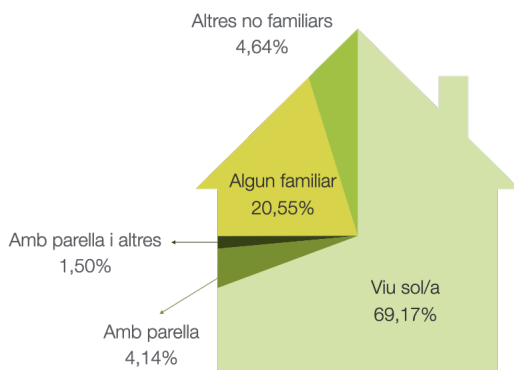
El col·lectiu més important de trucades es refereix a persones que no són actives laboralment o bé per raons d'edat o per malaltia o bé perquè es dediquen a tasques domèstiques. Representen gairebé tres quarts parts de les trucades. Un altre 25% correspon a persones que estan treballant. Les persones en situació d'atur o de baixa són escasses.

Distribució de trucades per situació laboral



Més de dues terceres parts de les persones que truquen manifesten que viuen soles. Aquest fet és rellevant, ja que com es veurà més endavant, una de les problemàtiques detectades més abundants és la soledat no desitjada, malgrat que en molts casos aquest tipus de soledat no coincideix amb persones que viuen soles. Hi ha persones que manifesten sentiments dolorosos de soledat i conviuen amb altres persones familiars o no. El segon col·lectiu amb importància és el que correspon a persones que conviuen amb algun familiar ja sigui ascendent o descendent. La resta de situacions són molt més minoritàries.

Distribució trucades registrades per situació de convivència



Les problemàtiques ateses

Per les problemàtiques expressades durant les converses telefòniques es detecta que el Telèfon de l'Esperança atén principalment persones que viuen situacions problemàtiques de tipus psicosocial.

La problemàtica més repetida és la relacionada amb la salut mental. Gairebé la meitat de les trucades indiquen algun tipus de problemàtica relacionada amb algun desequilibri o tensió mental. En el 40% dels casos aquesta problemàtica no es presenta aïllada sinó que és compartida sobretot amb problemes relacionals i amb la soledat no desitjada. Però un 60% de les trucades només es refereix a alguna problemàtica de salut mental.

La segona problemàtica detectada és la relacional, la major part de les vegades relacionada amb alguna altra problemàtica, sovint amb la malaltia mental, però no sempre. Altres vegades sense que s'hagi relacionat amb desequilibris mentals, està relacionada amb la soledat no desitjada.

La tercera problemàtica és la soledat no desitjada i mal viscuda, sovint relacionada amb altres problemàtiques però tampoc no sempre. En més d'una tercera part dels casos és l'única problemàtica expressada. En alguns casos està també relacionada amb alguna malaltia física que dificulta la relació amb altres persones.

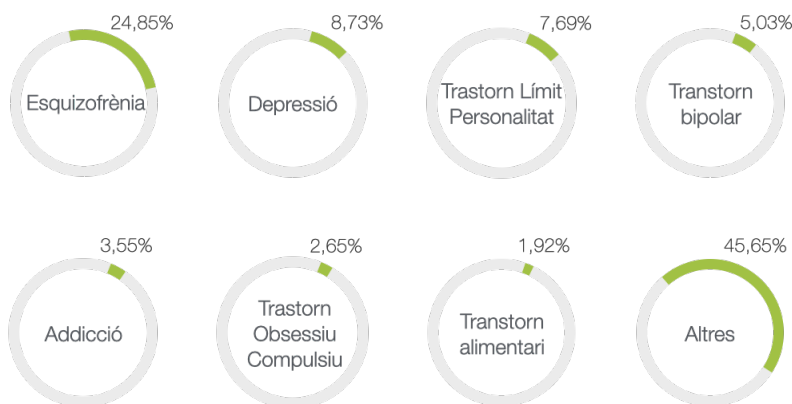
Percentatges de problemàtiques detectades



Els problemes relacionats amb la salut física constitueixen la quarta problemàtica expressada en les trucades. Els problemes econòmics solen anar relacionats amb altres problemàtiques. La resta de problemàtiques tenen una escassa manifestació en les trucades rebudes.

Així, els problemes de salut tant mental com física i els de tipus social que afecten les relacions entre les persones constitueixen el gruix de les problemàtiques ateses pel servei.

Percentatges de trucades registrades segons tipus de malaltia mental

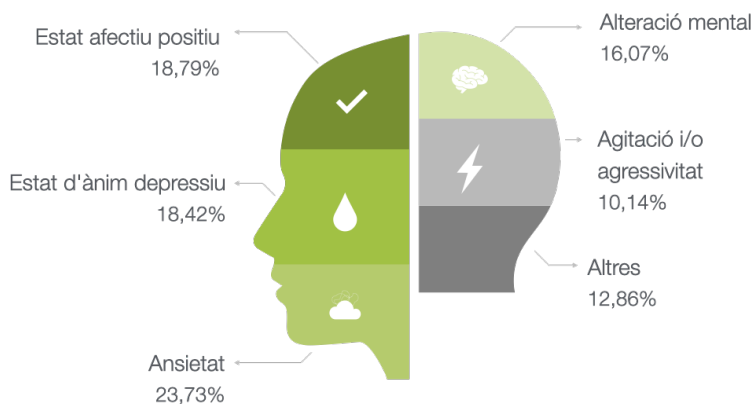


Les malalties mentals més comunes són les que manifesten ansietat, por, sovint relacionades amb la Covid-19 a partir del mes de març, catalogades com a Altres per la seva variabilitat d'intensitat; gairebé la meitat de les trucades manifestaven símptomes d'ansietat i por. En una de cada quatre trucades s'ha detectat un patiment esquizofrènic. Les altres malalties mentals són més minoritàries com la depressió, el trastorn límit de personalitat o el trastorn bipolar, el trastorn obsessiu compulsiu, les addiccions, o el trastorn alimentari.

A partir de la pandèmia, apareix amb més intensitat la temàtica de la ideació suïcida que arriba a afectar entre el 3 i el 5% de les trucades. Malgrat l'obertura del Telèfon de la Prevenció del Suïcidi, el Telèfon de l'Esperança segueix atenent algunes persones amb ideacions suïcides.

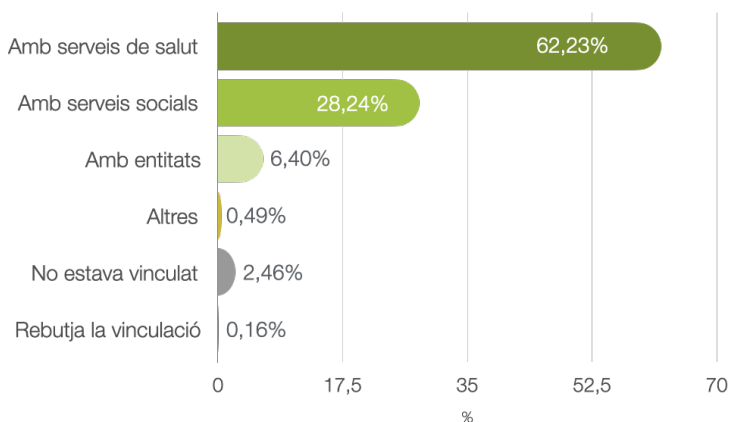
En el moment de la trucada, una de cada quatre d'elles presentaven símptomes d'agitació o agressivitat o alteració mental que l'escolta va intentar apaivagar. Gairebé la meitat estaven en una situació depressiva o d'ansietat. En canvi, gairebé un de cada quatre manifestaven un estat d'ànim positiu, als quals la trucada telefònica els ajudava a suportar la seva situació personal, en molts casos relacionada amb la soledat no desitjada.

Distribució trucades registrades segons la situació emocional



La pràctica totalitat de les trucades manifestaven estar en contacte amb altres serveis, principalment els serveis de salut i els serveis socials. En aquests casos, el Telèfon de l'Esperança juga un rol complementari i posa de manifest la necessitat de desenvolupar recursos addicionals per atendre les problemàtiques detectades. En alguns altres casos, pocs, la persona no està vinculada a cap altre servei i el telèfon serveix de detector de situacions no detectades pels serveis, ja sigui de salut o de serveis socials.

Distribució trucades registrades segons vinculació amb altres serveis

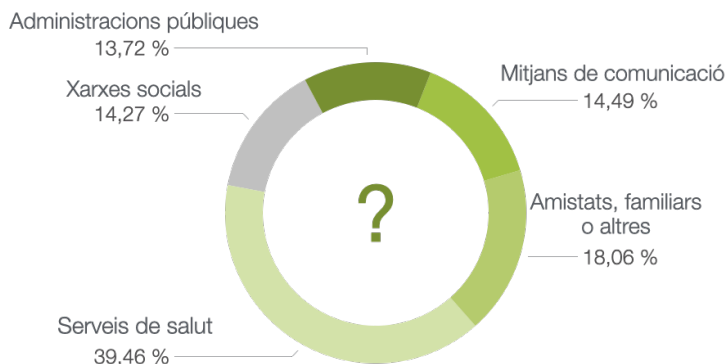


Els comentaris dels escoltes a les seves fitxes de registre de les trucades permeten deduir l'important paper que té el telèfon com a element de companyia per reduir les tensions provocades per la problemàtica relacional, la soledat, situacions de patiment mental o altres problemàtiques de les persones que truquen. Aquesta és segurament la principal aportació del telèfon complementària a les atencions dels serveis de salut i serveis socials. En molts casos, a més de companyia, el servei del telèfon contribueix a la contenció emocional. La persona que expressa els seus problemes i vivències queda alleugerida i confortada en la majoria dels casos pel fet d'haver pogut descarregar en una altra persona la seva situació i haver rebut comprensió. Companyia i contenció emocionals són les dues grans aportacions del servei de l'Esperança a una població mancada dels suports personals necessaris per afrontar els seus problemes personals.

Vies de coneixement

El Telèfon de l'Esperança té una llarga trajectòria amb una important implantació principalment a Barcelona però també a d'altres indrets de Catalunya. La via de coneixement del servei en més d'una tercera part prové dels mateixos serveis de salut, confirmant el seu paper complementari a aquests serveis. La segona font de coneixement prové de persones, ja siguin amistats o familiars, i posa en relleu l'ampla xarxa de contactes i relacions establertes pel telèfon durant els anys de servei. Altres fonts de coneixement són les administracions públiques, tant locals com de la Generalitat, els mitjans de comunicació (ràdio, premsa i TV) i les xarxes socials.

Fonts de coneixement



EL TELÈFON DE PREVENCIÓ DEL SUÏCIDI

Des de l'agost del 2020, Barcelona disposa també d'un Telèfon de Prevenció del Suïcidi (TPS). Es tracta d'un servei que s'estava gestant des de principis del 2020 i que es va accelerar amb la pandèmia de la Covid-19 davant de l'increment del malestar emocional de la població. La iniciativa de l'Ajuntament de Barcelona va cristal·litzar en un conveni amb la Fundació Ajuda i Esperança pel desplegament del servei donada l'experiència de la Fundació en aquest tipus d'atenció. En un temps rècord, es va poder inaugurar el telèfon el dia 6 d'agost. El mateix dia 6 es van rebre ja tres trucades. Aquest és un servei pioner a l'Estat espanyol, ja que fins ara no existia una línia d'atenció telefònica específica de prevenció del suïcidi que atengués de manera gratuïta, les 24 hores del dia, els 7 dies de la setmana. El TPS opera també amb persones voluntàries especialment seleccionades i específicament formades en atenció telefònica en situacions de crisi i en prevenció del suïcidi i supervisades per professionals de la salut mental, amb experiència d'escolta activa com a mínim 60 hores al servei del Telèfon de l'Esperança.



Després de cinc mesos de funcionament ja disposem d'una visió del funcionament d'aquesta primera etapa del servei. L'anàlisi de les dades registrades de les trucades rebudes permet fer un primer balanç dels resultats obtinguts. En aquest primer informe anual del TPS presentem les característiques del servei, la seva organització, i els resultats obtinguts. L'experiència acumulada ens permet planificar una segona etapa de consolidació del TPS al llarg del 2021.

Els serveis telefònics de prevenció del suïcidi

Habitualment les necessitats que tenim les persones de contacte social i d'afecte són satisfetes pel nostre entorn més proper: familiars, amics, companys de feina o d'estudis, veïns... Però són moltes les persones que no disposen d'aquests recursos de suport al seu voltant. Aquesta contingència és més evident en alguns col·lectius en situació de major vulnerabilitat com, per exemple, persones amb problemes de salut mental crònics, persones grans que viuen soles, joves amb entorns familiars disfuncionals, etc. La circumstància que viuen aquestes persones els porta, moltes vegades, a "no tenir oportunitats d'interacció ni rebre les connexions solidàries o els sentiments de pertinença que necessiten per mantenir el desig de viure"¹

Tal com va afirmar Margaret Chan, directora general de l'Organització Mundial de la Salut (2007-2017), "el tabú i l'estigma al voltant del suïcidi persisteixen i moltes persones no busquen ajuda o es queden soles. I si la busquen, molts sistemes i serveis de salut no aconsegueixen proporcionar una ajuda oportuna i eficaç"². En aquest sentit, "les línies de crisi ajuden a pal·liar l'angoixa que pot experimentar una persona i poden reduir la intensitat d'aquests sentiments per permetre la resolució de problemes i les accions pràctiques que es puguin considerar en resposta a problemes personals"¹.

La majoria de països homòlegs al nostre disposen des de fa temps de línies d'atenció telefònica per a la prevenció del suïcidi, moltes d'elles ateses per persones voluntàries formades específicament per gestionar situacions de crisi i de risc de suïcidi. És el cas, per exemple, de Suïssa, on opera el "Téléfon 143 (Die Dargebotene Hand / La Main Tendue / Telefono Amico)" des de 1976; de França, "Suicide Écoute", des de 1994; de Canadà, "Crisis Services Canada / Services de crises du Canada", des de 2002; d'Estats Units, "National Suicide Prevention Lifeline", des de 2005; o d'Holanda, "113 zelfmoord preventie", des de 2009. Hi ha línies d'atenció telefònica que at-

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

nen situacions de crisi amb persones voluntàries a més de 60 països de tot el món³.

Existeix múltiple literatura que aporta evidència de l'efectivitat d'aquests tipus de dispositius. Per exemple, en un estudi sobre els resultats aconseguits en les trucades a centres d'atenció telefònics en situacions de crisi als Estats Units es va observar una disminució significativa de la intencionalitat suïcida al finalitzar la trucada, així mateix una avaluació posterior va indicar disminucions en la desesperança i el dolor psicològic en les setmanes següents⁴. En un altre estudi que analitzava trucades de joves amb ideació o temptativa suïcida al servei Kids Help Line (Austràlia), es varen observar disminucions significatives de la ideació suïcida al llarg de la trucada i una millora significativa de l'estat emocional, el que suggereix un impacte immediat positiu⁵. En un estudi realitzat al Regne Unit que analitzava trucades a una línia de crisi telefònica (Rethink Mental Illness helpline), es va observar que, al finalitzar la conversa, s'havia produït una disminució de la ideació suïcida i d'autolesió en les persones que trucaven⁶.

Mishara et al. (2016) compararen els efectes de l'ajuda telefònica per a la prevenció del suïcidi per part de voluntaris i de personal remunerat professional. En primer lloc, fan una revisió d'investigacions anteriors sobre aquesta qüestió^{7,8,9,10,11,12}. Fruit d'aquesta revisió, s'observa que: els voluntaris tenen major capacitat per relacionar-se amb persones angoixades i establir relacions d'iguals, són més empàtics i són més capaços d'identificar de quina manera els usuaris poden afrontar millor la seva situació problemàtica⁷; els usuaris tractats pels voluntaris són més propensos a aconseguir la resolució dels seus problemes que aquells que consulten professionals. Una variable moderadora d'aquest fet és l'experiència del voluntari, com més experimentat és el voluntari, més gran és la seva efectivitat, més formació té i més útil és per als usuaris⁸; els voluntaris no professionals tenen nivells més alts de característiques facilitadores, són més pacients, amables i tranquil·litzadors⁹ i mostren més empatia, calidesa i autenticitat¹⁰; els voluntaris pregunten més per la intencionalitat suïcida que els professionals¹¹; i els voluntaris es mostren més empàtics i respectuosos, i això es relaciona amb el canvi positiu que es produeix durant la trucada¹².

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, Canada. *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.

D'altra banda, Mishara et al. (2016) dissenyen una altra investigació específica per indagar les diferències entre serveis oferts per professionals i serveis oferts per voluntaris. En aquest altre estudi, analitzen cinc centres de prevenció del suïcidi del Quebec, utilitzant un seguiment silenciós per comparar l'ajuda telefònica en 1.206 trucades ateses per 90 voluntaris i 39 persones remunerades. Els resultats no indiquen diferències significatives entre els voluntaris i els empleats remunerats en les variables analitzades. No obstant això, es va observar que els voluntaris i el personal remunerat amb més de 140 hores d'experiència en trucades van tenir resultats significativament millors. A diferència de l'estudi portat a terme per Mishara et al. (2007a, 2007b) sobre catorze centres d'atenció telefònica dels Estats Units (U.S. 1-800-SUICIDE Network), els empleats remunerats del Quebec no havien de tenir títols professionals avançats. En qualsevol cas, no es van observar indicis que la formació professional sigui avantatjosa en proporcionar ajuda telefònica a persones suïcides^{11,12}.

A partir dels resultats obtinguts en la investigació portada a terme per Mishara et al. (2016) i del patró consistent de conclusions en investigacions anteriors, els autors conclouen que “no hi ha cap justificació per exigir que els treballadors de la línia d'ajuda a la prevenció del suïcidi siguin professionals de la salut mental. De fet, les proves fins ara indiquen que els professionals poden ser molt menys útils i efectius per telèfon amb persones suïcides i persones en crisi, en comparació amb voluntaris laics formats” (p. 586).

El Telèfon de Prevenció del Suïcidi

Abans de posar en marxa aquest servei es va crear un Comitè Assessor format per membres de la Fundació Ajuda i Esperança¹³; professionals independents de reconegut prestigi en l'àmbit de la prevenció, intervenció i postvenció de la conducta suïcida¹⁴, representants d'entitats que treballen en la prevenció del suïcidi i l'atenció al supervivent de mort per suïcidi¹⁵ i representants de l'Ajuntament de Barcelona¹⁶. Aquest Comitè va portar a terme un procés deliberatiu de reflexió i anàlisi per determinar els objectius i característiques d'aquest nou dispositiu, les línies principals d'abordatge

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.

que hauria de recollir el protocol d'actuació i les necessitats formatives i de supervisió dels voluntaris (als que anomenem orientadors). En aquest procés es van tenir en compte les recomanacions que fa l'Organització Mundial de la Salut per establir una línia d'atenció en situacions de crisi. Tanmateix, es va fer un estudi exhaustiu de les experiències d'altres serveis homòlegs que funcionen amb èxit en altres països del nostre context, incorporant com a principal referència les recomanacions que el National Suicide Prevention Lifeline (2010) recull en el seu document "Policy for Helping Caller at Imminent Risk of Suicide" amb relació a les actuacions que han de seguir els escoltes d'una línia d'atenció telefònica en situacions de risc imminent de suïcidi.

Prèviament a l'inici del servei es va encarregar un dictamen jurídic¹⁷ per valorar aspectes relacionats amb el compliment de la legislació de protecció de dades personals, l'abast del deure de confidencialitat, el rol de les persones voluntàries que fan d'orientadors en la prevenció del suïcidi i la problemàtica específica que es planteja quan qui truca és menor d'edat.

Procediment d'actuació del Telèfon de Prevenció del Suïcidi

Com a conseqüència del debat i anàlisi portat a terme pel Comitè Assessor, es va establir que la població a la qual havia d'anar adreçat un servei d'aquestes característiques són: persones que presentin conducta suïcida, des d'ideació suïcida fins a un acte de suïcidi en curs o imminent; entorn de la persona que manifesta algun tipus de conducta suïcida; i supervivents de persones que han mort per suïcidi.

Amb relació a les persones que manifestaven algun tipus de risc de suïcidi es van establir els següents objectius per al TPS:

1. Evitar que una persona mori per suïcidi.
2. Col·laborar activament amb la persona que truca per tal d'assegurar la seva seguretat.

13. Esperança Esteve Ortega, treballadora social i Directora de la Fundació Ajuda i Esperança; Ramon Tous i Quintana, metge, especialista en medicina interna, mestratge en Bioètica, patró de la Fundació Ajuda i Esperança; Enric Armengou Orús, metge, especialista en psiquiatria, logoterapeuta, patró de la Fundació Ajuda i Esperança; Sergi García Díaz, psicòleg general sanitari, coordinador del Telèfon de Prevenció del Suïcidi.

14. Victor Pérez Solà, metge, especialista en psiquiatria, doctorat en medicina; Aina Fernández Vidal, metgessa, especialista en psiquiatria; Thais Tiana Sastre, psicòloga, màster en psicologia clínica, màster en teràpia d'acceptació i compromís; Joaquim Puntí Vidal, psicòleg clínic infantil i juvenil, especialista en psicoteràpia; Francisco Villar Cabeza, psicòleg i doctor en psicologia; i Francesc José Maria, advocat, màster en dret penal, especialitzat en dret sanitari i dels serveis socials.

15. Cecília Borràs, Presidenta de Després del Suïcidi - Associació de Supervivents (DSAS); Clara Rubio, Presidenta de l'Associació Catalana de Prevenció del Suïcidi (ACPS).

16. Pilar Solanes Salse, metgessa especialista en salut pública, Directora de Serveis d'Envel·liment i Cures de l'Ajuntament de Barcelona.

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

3. Col·laborar amb altres serveis d'emergència que puguin ajudar a garantir la seguretat de la persona amb risc imminent.
4. Vincular a la persona amb altres recursos de suport.
5. Donar suport emocional a la persona al llarg de la conversa telefònica.

Amb relació a les persones de l'entorn (familiars, amics, companys de feina o estudis, etc.) de la persona que manifesta algun tipus de conducta suïcida, es varen establir els següents objectius pel TPS:

1. Facilitar pautes d'acompanyament emocional.
2. Vincular a la persona amb altres recursos de suport.
3. Donar suport emocional a la persona al llarg de la conversa telefònica.

Amb relació a les persones supervivents de la mort per suïcidi d'una persona propera (familiar, amic, companys de feina o estudis, etc.), es varen establir els següents objectius pel TPS:

1. Donar suport emocional a la persona al llarg de la conversa telefònica.
2. Identificar si existeix risc de suïcidi en la persona supervivent i actuar en conseqüència.
3. Vincular a la persona amb altres recursos de suport

L'objectiu de donar suport emocional a la persona al llarg de la conversa telefònica es fa operatiu mitjançant la metodologia de l'escolta activa, un conjunt de tècniques (què fer i què no fer) que fan servir també els escoltes del Telèfon de l'Esperança amb l'objectiu de “provocar canvis en les persones”¹⁸. De manera molt sintetitzada, podríem dir que mitjançant aquesta metodologia es pretén transmetre a qui truca que “estic interessat en tu com a persona i crec que el que sents és important. Respecto els teus pensaments i, fins i tot si no hi estic d'acord, sé que són vàlids per a tu. Estic segur que tens alguna contribució per fer. No intento canviar-te ni avaluar-te. Només vull entendre't. Crec que val la pena escoltar-te i vull que sàpigues que soc el tipus de persona amb qui pots parlar” (p. 11).

L'avaluació del risc de suïcidi es realitza mitjançant el mòdul de risc de suïcidi de l'escala MINI (International Neuropsychiatric Interview)¹⁹, en la seva versió espanyola²⁰, que consta de sis ítems heteroaplicats i mitjançant la informació obtinguda durant la conversa telefònica. L'orientador ha estat format i entrenat per preguntar sobre la ideació i planificació suïcida seguint

les recomanacions que a tal efecte realitza el Ministeri de Sanitat a la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012).

Per atendre específicament trucades on l'usuari presenti risc de suïcidi, les actuacions de l'orientador per tal de prevenir la conducta suïcida es basen en tres components²¹:

1. Compromís actiu

Actiu: actuacions intencionades per afectar positivament l'estat d'ànim, els pensaments i/o comportaments de l'usuari per reduir el risc imminent.

Compromís: construir una aliança amb l'usuari, basada en la comprensió i/o l'acord d'accions necessàries per reduir el risc imminent de l'usuari, com per exemple que accepti ajuda si està en un suïcidi en curs.

Compromís actiu: col·laborar amb la persona que truca i empoderar-la per assegurar la seva pròpia seguretat o, en el cas que la trucada faci referència a un tercer, la seguretat de la persona a qui fa referència.

2. Rescat actiu

Actiu: iniciativa de l'orientador d'actuar en nom de persones que estan portant a terme un suïcidi o que estan determinades a suïcidar-se però que, malgrat els intents de l'orientador per implicar-los activament, no volen o són incapaços d'iniciar accions per garantir la seva pròpia seguretat.

Rescat: facilitar serveis que poden salvar la vida. L'orientador només hauria de dur a terme aquesta iniciativa sense el desig manifest de la persona de risc de cooperar si creu que, sense aquesta intervenció, és probable que l'individu pateixi una lesió que pogués posar en perill la seva vida.

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, L.I., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M.F. & Dunbar, G.C.(1997). Reliability and Validity of the 91NI 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. Aquestes actuacions es basen en les recomanacions proposades pel National Suicide Prevention Lifeline (2010) (NSPL) amb relació a les actuacions que han de seguir els escoltes d'una línia d'atenció telefònica en situacions de risc imminent de suïcidi (Policy for Helping Callers at Imminent Risk of Suicide). La NSPL (National Suicide Prevention Lifeline) està finançada per SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services

3. Intervenció menys invasiva

Promou l'ús d'intervencions que posin l'accent en la cooperació i no en la coacció, per tal de garantir la seguretat de les persones que truquen amb risc imminent.

L'ús de mètodes en contra de la voluntat de la persona que truca no més es fan servir com a últim recurs.

Mitjançant el compromís actiu de l'usuari, l'objectiu és incloure els desitjos de la persona en qualsevol estratègia per reduir el risc de suïcidi.

Per oferir una major garantia de seguretat a l'usuari en cas de situació de risc imminent de suïcidi, es va crear un equip de suport d'emergència 24/7. La persona de guàrdia d'aquest equip està connectada telemàticament en tot moment amb l'orientador del TPS. En cas de situació de risc imminent de suïcidi contacta amb al SEM (Sistema d'Emergències Mèdiques) per alertar de la situació, i el SEM valora la idoneïtat d'activar un rescat. Amb aquest procediment s'assegura que l'usuari estigui en tot moment acompanyat telefònicament fins que arriben els serveis d'emergència mobilitzats pel SEM, garantint d'aquesta manera la seguretat de la persona amb risc imminent de suïcidi.

Quan es detecta que la trucada rebuda al TPS no té cap contingut suïcida es deriva al servei del Telèfon de l'Esperança (Fundació Ajuda i Esperança). Aquest servei atén també les 24 hores del dia, els 7 dies de la setmana, i ofereix acompanyament emocional a persones davant qualsevol tipus de problemàtica o necessitat d'expressió. D'aquesta manera, es manté la línia desocupada per poder atendre una possible trucada on hi hagi risc vital per la persona que truca.

En les trucades amb risc de suïcidi no imminent, l'orientador té com a objectiu vincular la persona amb altres recursos comunitaris, principalment els serveis de salut mental públics. D'aquesta manera, el TPS es converteix en un radar per detectar aquelles persones en risc de suïcidi que encara no estan vinculades a serveis de salut mental, esdevenint així porta d'entrada al circuit de salut mental del Sistema de Salut.

El TPS no pretén substituir l'atenció professional que la persona pot requerir, sinó facilitar precisament l'accés a aquest tipus de recurs professional. És, per tant, un servei complementari que per les seves característiques (atenció telefònica gratuïta, 24/7) pot donar resposta immediata per oferir un espai de contenció en situacions de crisi.

Si es detecta que la persona ja disposa de suport professional, sigui perquè ja està dintre del circuit de salut mental públic, sigui perquè està sent atesa en l'àmbit privat, l'objectiu de l'orientador és fomentar l'adherència terapèutica. Així mateix, s'orienta l'usuari a compartir amb el seu professional de salut mental de referència tot allò que el neguiteja, especialment la ideació suïcida.

Tot i que, com hem comentat, en primera instància l'orientador sempre tracta de vincular l'usuari als serveis de salut mental o de fomentar l'adherència terapèutica amb el seu professional de salut mental de referència, la complexitat de la conducta suïcida fa necessari moltes vegades disposar d'altres recursos comunitaris de suport. En aquest sentit, segons la problemàtica que plantegi l'usuari, se'l pot adreçar també als Serveis Socials. A més a més, s'ha elaborat una llista de recursos, principalment de caràcter psicosocial, fer oferir addicionalment a l'usuari. Aquesta llista està composta per entitats que ofereixen un servei que pot ser d'ajuda a l'usuari, segons la seva circumstància: grups d'ajuda mútua, psicoteràpia individual, serveis d'orientació, informació i assessorament per a determinades problemàtiques (salut mental, addiccions, malalties físiques, maltractament, dependència, etc.). Els criteris d'inclusió en aquesta llista són: 1) servei sense cost per a l'usuari (es valora la idoneïtat d'incorporar a la llista els casos de serveis amb un cost baix); 2) preferiblement que sigui una entitat sense ànim de lucre, i 3) preferiblement que ja col·labori d'alguna manera amb l'administració pública.

Orientadors/es del Telèfon de Prevenció del Suïcidi

Els orientadors/es del TPS han estat especialment seleccionats, abans d'iniciar un procés específic de formació per habilitar-los a desenvolupar les seves tasques. Es va dissenyar un perfil competencial de l'orientador/a, establint els següents criteris bàsics de selecció: ser major de 25 anys; disposar de les competències emocionals i comunicatives necessàries per a l'abordatge de la conducta suïcida i la seva prevenció, i estar en un moment vital d'equilibri emocional.

La primera promoció d'orientadors/es del TPS s'ha nodrit principalment d'escoltes del TE. Aquestes persones tenen àmplia experiència en l'acompanyament emocional perquè la gran majoria d'elles porten anys desenvolupant aquest voluntariat, cosa que indica també l'alt grau de compromís amb l'entitat i amb el servei que ofereixen. A més, molts d'ells tenen també experiència gestionant trucades de persones amb situació de risc de suïcidi imminent. Prèviament a l'existència del TPS, moltes persones que es trobaven en una situació de crisi en què es plantejaven posar fi a la seva

vida trucaven, de fet, al TE. A títol d'exemple, durant l'any 2019 al TE es van rebre una mitjana d'una trucada amb risc de suïcidi cada tres dies.

Per a les següents promocions d'orientadors es van portar a terme processos de captació específics i es van realitzar múltiples accions destinades a incorporar nous voluntaris/àries. Ens vam adreçar a diferents entitats i institucions que potencialment poguessin proporcionar-nos candidats amb un perfil idoni. Vam comptar amb la col·laboració de diferents universitats, escoles de psicoteràpia, col·legis professionals, associacions i fundacions sensibles, totes elles, en la prevenció del suïcidi. Les persones procedents d'aquestes accions de captació, a més de disposar d'un alt grau de motivació i les competències emocionals i comunicatives requerides pel servei, tenien també experiència i/o formació en psicologia, psicoteràpia i/o estudis afins.

Professionals de la salut mental de la Fundació Ajuda i Esperança van dissenyar i impartir un procés formatiu teòric i pràctic en atenció en situacions de crisi, abordatge de la conducta suïcida, prevenció del suïcidi i acompanyament al supervivent. Els candidats a orientadors/es no procedents del TE, abans d'incorporar-se al TPS, havien de fer un *training* de 60 hores al TE. En el cas dels candidats/es no procedents del TE amb experiència en acompanyament emocional es valorava el nombre d'hores necessàries d'aquest *training*.

Es va facilitar a tots els orientadors/es material didàctic d'elaboració pròpia per donar suport al seu procés d'aprenentatge. També es va fer un recull de material ja existent (articles, llibres, guies clíniques, vídeos, etc.) i se'ls el va proporcionar, per tal que disposessin de material addicional de consulta.

Es van establir sessions periòdiques de supervisió individuals i grupals, conduïdes per professionals de la salut mental. En aquestes sessions es treballaven aspectes relacionats amb la gestió de la trucada (abordatge de la conducta suïcida, protocol d'actuació, etc.) i possibles dificultats que poguessin aparèixer en l'orientador. Fruit de les necessitats detectades a les supervisions es va donar contingut a les sessions de formació contínua que es programen mensualment.

L'orientador disposa, en tot moment que ho requereixi, de suport psicològic per part d'un professional de la salut mental de la Fundació Ajuda i Esperança.

Des del mes d'agost fins al 31 de desembre s'han ofert 3.552 hores del servei d'atenció telefònica, organitzades en torns pels orientadors/es. A cada torn dos orientadors/es atenen el telèfon, un directament i l'altre de

reserva per si calia activar el servei d'urgències. Cada dia s'organitzen quatre tornos (matí, tarda, vespre i nit) de manera que es pugui atendre el telèfon les 24 hores. Els tornos eren d'un mínim de 5 hores a un màxim de 10 hores. En total hi han participat 67 voluntaris.

L'orientador disposa, en tot moment que ho requereixi, de suport psicològic per part d'un professional de la salut mental de la Fundació Ajuda i Esperança.

Des del mes d'agost fins a 31 de desembre s'han ofert: 3.552 hores del servei d'atenció telefònica, organitzades en torn pels orientadors/es. A cada torn dos orientadors/es atendien el telèfon, un directament i l'altre de reserva per si calia alertar el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM). Cada dia s'organitzen quatre tornos (matí, tarda, vespre i nit de manera a tendre el telèfon les 24 hores. Els tornos eren d'un mínim de 5 hores a un màxim de 10 hores. En total han participat 67 voluntaris.

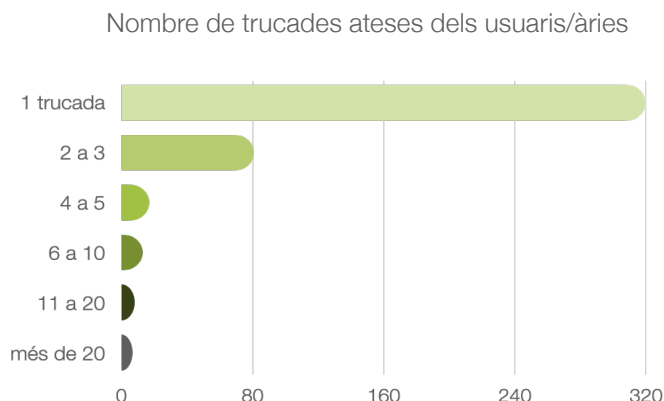
Característiques de les trucades

En el període agost-desembre de 2020 les trucades ateses pel TPS van ser 1.102, de les quals 772 van poder-se registrar i, per tant, es coneixen algunes de les característiques de les persones que havien trucat. D'aquestes, 99 van ser silencioses, és a dir que l'individu no va obrir cap diàleg amb la persona que l'atenia. Aquesta és una característica dels serveis telefònics d'atenció a persones en dificultats que intenten comunicar a algú la seva situació, però no arriben a verbalitzar el que els està passant i finalment penegen el telèfon.

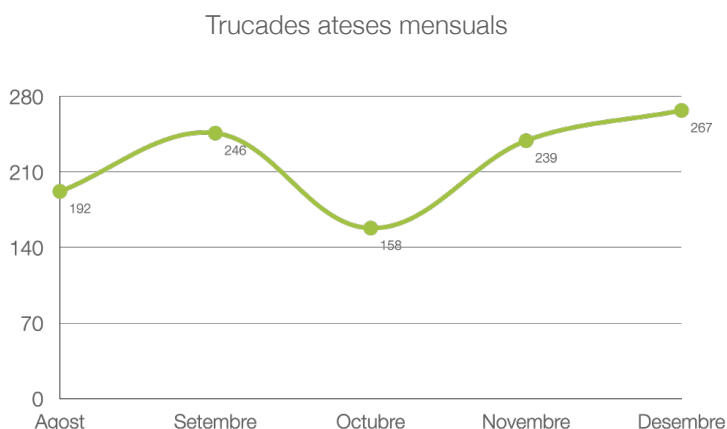
A l'actualitat es desconeix la història d'aquest col·lectiu en relació amb el servei. Amb la tecnologia de comunicació que s'està equipant el servei properament serà possible poder identificar la traçabilitat d'aquestes trucades, si era la primera vegada que es posen en contacte amb el servei o no, la qual cosa permetrà un major coneixement de la situació i poder valorar la resposta més adequada.

El que sí que se sap és que aquestes trucades corresponen a 451 usuaris/àries, per tant com a mitjana cada usuari/ària va ser atès 2,44 vegades, encara que aquesta xifra mitjana correspon a una distribució molt ampla.

La gran majoria, un 71,40%, només es va comunicar una vegada, un grup més minoritari (18,63%) es va comunicar 2 o 3 vegades. I un nombre molt reduït (3,33%) es va comunicar més de 10 vegades.



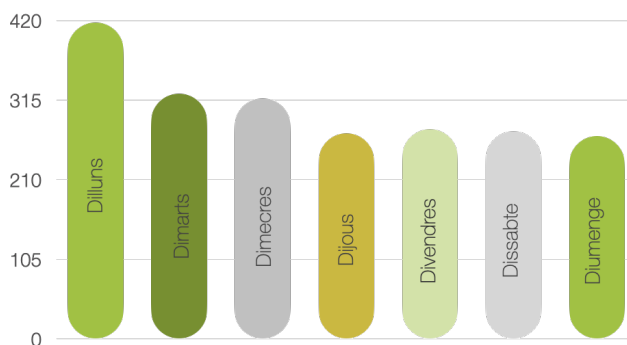
D'entrada, en el primer mes de llançament del telèfon es va aconseguir atendre 192 trucades, la qual cosa demostra que correspon a una necessitat sentida i evidencia una elevada capacitat dels serveis de la Fundació Ajuda i Esperança per arribar a col·lectius que pateixen situacions de desesperació personal. La seva evolució al llarg dels mesos ha estat positiva amb un creixement del 39% respecte a l'inici. El mes d'octubre va haver-hi una reducció però que es va recuperar en els mesos següents.



S'observen alguns cicles no estàndards de trucades, encara que el més freqüent és el dels cicles setmanals. El dilluns és el dia de la setmana que acumula més trucades, a mesura que passa la setmana les trucades tendeixen a disminuir per estabilitzar-se a partir del dijous fins al diumenge.

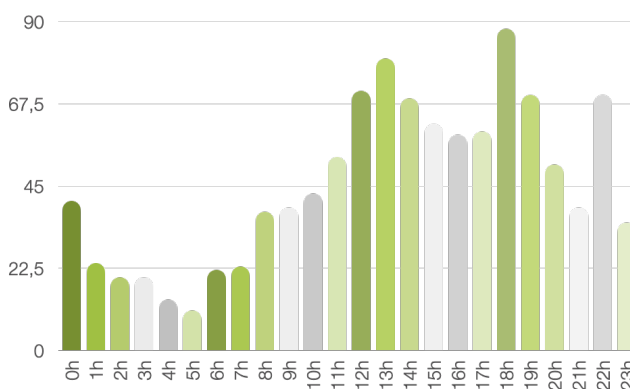
Segurament l'efecte inici de setmana es fa sentir en les persones amb problemes vitals. Els primers dies de la setmana hi ha més trucades, en canvi a partir de dijous es denota un ritme menys intens.

Trucades dies setmana



Els cicles diaris són els més destacats. Les trucades s'incrementen al llarg del matí amb un pic al migdia i després es redueixen per tornar a tenir el pic més important cap al capvespre i entorn de les 22 hores. La matinada és el moment amb menys trucades. És coneguda la relació entre conductes suïcides i el ritme circadià²².

Horari de les trucades ateses



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.

Característiques dels/les usuaris/es

Els registres de les trucades, amb el màxim control de confidencialitat, permet aprofundir en les característiques de les persones que truquen al telèfon. Del total de trucades rebudes s'han pogut registrar informació del 87% de les trucades, la qual cosa permet una anàlisi aproximada de les característiques dels usuaris/àries i de la seva problemàtica.

Les trucades directament relacionades amb situacions de suïcidi provenen o bé de la persona que ha tingut, té o està ideant comportaments suïcides, o bé de familiars o amics que han sofert un suïcidi en una persona propera, o bé que tenen coneixement d'aquest tipus de comportament d'un familiar o amic o amiga.

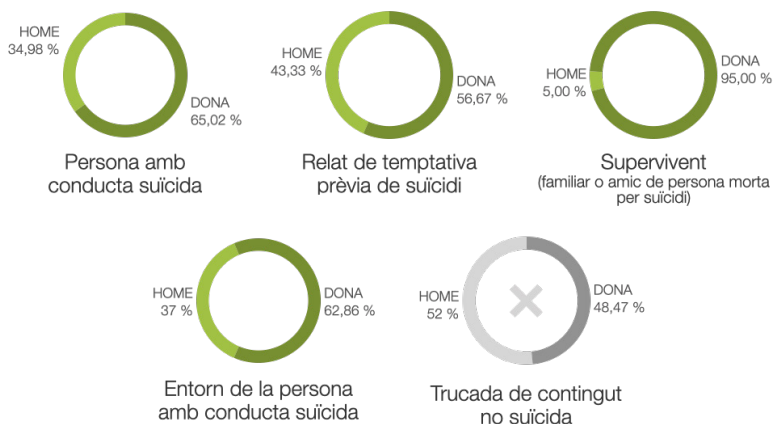
Cal observar que es poden diferenciar tres tipus de trucades al TPS: les directament relacionades amb un comportament suïcida, ja sigui de la persona directament implicada o d'un familiar o amic o amiga; les trucades silencioses en les quals la persona no arriba a establir una conversa i, per tant, no es té cap informació sobre la problemàtica o la persona. De tot manera, es pot suposar que la persona que truca i no arriba a establir una conversa segurament prové d'una persona amb conducta suïcida. El tercer tipus de trucades són les que no manifesten clarament un comportament suïcida, són persones que expressen altres tipus de malestar similars als que s'atenen al telèfon de l'Esperança, o que no s'atreveixen a expressar clarament un contingut suïcida.

Del total de trucades ateses, el 57,38% corresponen al primer grup de persones relacionades amb conductes suïcides, el 12,92% són silencioses i el 29,79% no tenen un contingut suïcida. Les trucades de persones que expressen ideacions suïcides actuals o passades representen un 41,06% del total i les trucades de familiars o amics/gues signifiquen un 16,32%.

El conjunt de trucades relacionades amb una ideació suïcida actual representa el 50,91%, ja sigui el 37,17% que provenen de la mateixa persona afectada, o el 13,74% que provenen d'un familiar o amic/ga.

El TPS, doncs, recull el malestar d'un ample ventall de persones i problemàtiques relacionades amb el suïcidi.

Problemàtiques relacionades amb el suïcidi



La majoria –gairebé dues tercers parts– de les trucades estan protagonitzades per dones, tant en el cas de les persones amb comportament suïcida o familiars o amics/gues. En canvi, en el cas de les trucades de contingut aparent no suïcida els homes són una mica més de la meitat.

	Menor	De 18 a 29 anys	De 30 a 69 anys	70 o més	Total
Persona amb conducta suïcida	3,89	31,13	56,81	8,17	100,00
Intent passat frustrat de suïcidi	3,70	18,52	74,07	3,70	100,00
Trucada de contingut no suïcida	1,26	22,64	71,70	4,40	100,00
Supervivent (familiar o amic de persona morta per suïcidi)	0,00	16,67	83,33	0,00	100,00
Tercer familiar (familiar o amic de persona amb risc de suïcidi)	1,35	24,32	72,97	1,35	100,00
Total	2,62	26,54	65,23	5,61	100,00

Pel que fa a l'edat, dues tercers parts (65,23%) són adults entre 30 i 69 anys, una quarta part (26,54%) adults joves de 18 a 29 anys i un 5,61% tenen més de 70 anys. Cal assenyalar els pocs però significatius 2,62% de menors d'edat. Si es fa referència només a les persones que manifesten

una conducta suïcida s'incrementa el pes dels menors de 30 anys, una tercera part (35,02%). De fet, per tram d'edats són el col·lectiu amb major incidència.

Unes dues terceres parts de les persones que manifesten una ideació suïcida actual o passada són solters i en general no tenen parella, encara que només una mica més d'una tercera part viuen sols. La soledat, com es veurà més endavant, està associada a molts d'aquests comportaments. Soledat viscuda, ja que la meitat viuen amb algun familiar.

En canvi, entre els supervivents, destaca un elevat percentatge de persones separades o divorciades.

En analitzar la situació laboral i econòmica de les persones amb ideacions suïcides, destaca un elevat nivell de precarietat econòmica. Només el 35% treballen, i no hi ha informació sobre les seves condicions laborals. La resta, una tercera part (34%) manifesten no tenir cap ingrés regular, un 17% estan a l'atur o amb un ERTD i un 14% tenen una pensió, de la qual no es coneix la quantia.

L'origen territorial dels usuaris prové bàsicament de Catalunya en un 85% dels casos, principalment de Barcelona ciutat, en una tercera part del total. Si se li afegeix els provinents de l'àrea metropolitana, sumen una mica més de la meitat dels usuaris/àries. Una altra tercera part prové de la resta de Catalunya. Una de cada 7 prové de la resta d'Espanya, principalment de la Comunitat Valenciana, Madrid i Andalusia, però també hi ha constància de trucades d'Aragó, illes Balears, illes Canàries, Astúries i Castella la Manxa.

La intenció suïcida

Les trucades relacionades amb situacions de suïcidi expressen diferents graus de gravetat de la situació, des de les persones que han tingut o tenen pensaments de desig de morir fins a suïcidis en curs. L'orientador/a avalua la gravetat de la situació i adapta la seva estratègia segons el cas.

En el 70% dels casos de les persones que manifesten comportaments suïcides, l'orientador/a les va considerar consistents. Aquest percentatge puja al 80% en el cas de les persones que verbalitzen que en el passat van intentar suïcidar-se, i baixa al 20% en el cas dels familiars supervivents.

Entre aquests casos, l'escolta va considerar que estava davant d'una situació de crisi suïcida, gairebé en una tercera part de les persones amb conducta suïcida i una mica més d'una tercera part dels que expressaven

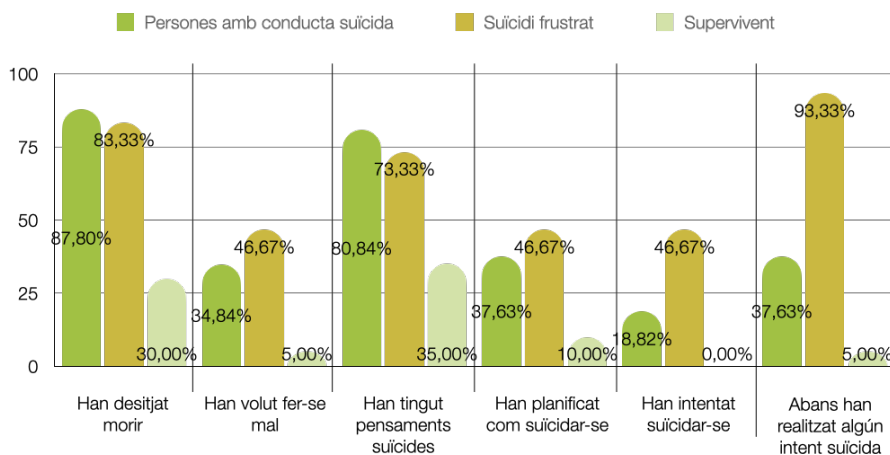
que havien fet intents suïcides en el passat. Aquesta proporció baixa al 15% en els supervivents.

Del conjunt d'aquests tres col·lectius atesos, en 26 casos es va detectar una acció en curs suïcida o imminent, i en un d'aquests casos l'acció suïcida podia afectar altres persones. En aquests casos, es va activar el contacte amb els serveis del 061 en 12 casos i amb els serveis del 112 en 6 casos i, a més, en 4 casos es va connectar amb tots dos serveis. En 4 casos no es va creure necessari connectar-hi, ja que es va aconseguir encarrilar positivament la situació.

Per tal de poder avaluar el risc de suïcidi, el protocol de registre de les trucades utilitza una sèrie d'ítems que l'orientador/a registra a partir de la conversa que manté amb la persona que truca. L'avaluació d'aquests ítems permet establir una escala de menor a major risc de produir-se un suïcidi, seguint la metodologia de l'escala MINI.

Les dades recollides manifesten que més de la meitat de les persones que directament manifesten ideacions o intencions suïcides tenen un elevat risc que acabi produint l'intent de suïcidi. Entre els que manifesten haver-ho intentat en el passat, també gairebé la meitat presenten un elevat risc de tornar-ho a intentar, i entre els familiars o amics supervivents aquest percentatge és entorn del 10%.

Risc de suïcidi. Escala MINI



Nota: Els cinc primers ítems de l'escala MINI fan referència a l'últim mes i el darrer ítem al llarg de la vida

El patiment personal

En la totalitat dels casos atesos l'orientador/a ha pogut copsar diferents graus de patiment personal. Les històries personals recollides, són en alguns casos esfereïdores, i en molts casos delaten un elevat grau de patiment personal que afecta amb més o menys profunditat les ganes de viure de les persones afectades. En el retrat de les característiques de les persones que han utilitzat el telèfon ja s'ha detectat que la precarietat econòmica i la soledat o els problemes de comunicació social estan molt presents en una gran part dels casos atesos.

Els registres documentals també permeten una aproximació a la situació anímica i emocional de la persona que truca, i en la gran majoria dels casos (91%) demostren estats emocionals compatibles amb algun tipus de trastorn o desequilibri mental. Més de la meitat dels casos presenten símptomes de depressió. Destaquen també les relacionades amb situacions d'ansietat i altres desequilibris com poden ser les esquizofrènies, comportaments bipolar, trastorns límits de la personalitat, comportaments obsessius-compulsius o comportaments influïts per addiccions a substàncies tòxiques.

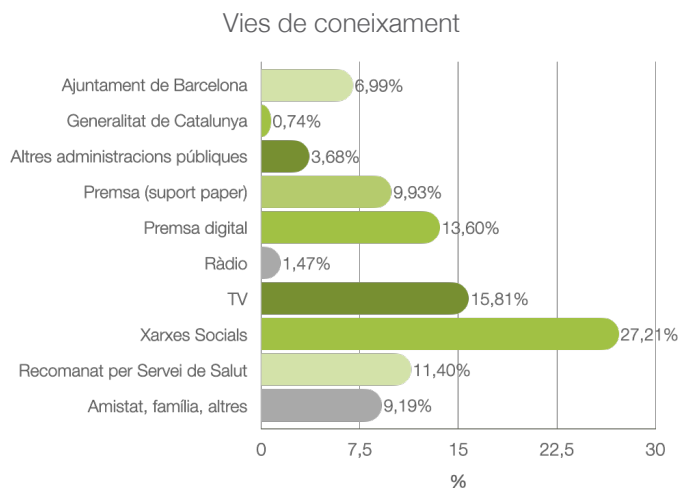
Ja sigui perquè la malaltia mental està a l'origen de la problemàtica suïcida, o bé perquè l'evolució del patiment vital ha conduït les persones a un desequilibri mental, el patiment vital i la problemàtica mental semblen associades en gairebé la totalitat de les persones que han utilitzat el telèfon. El suïcidi és un fenomen complex multicausal que a més del patiment psicològic de la persona que el porta a terme, engloba altres factors influents de tipus social, econòmic, relacional, o emocional, ben presents en les històries vitals recollides pel TPS.

Vies de coneixement

La creació del TPS es va donar a conèixer mitjançant accions de comunicació als mitjans i xarxes socials per part de l'Ajuntament de Barcelona i de la Fundació Ajuda i Esperança.

Les persones que han trucat han manifestat que van conèixer el TPS principalment a través dels mitjans de comunicació, sobretot TV i premsa digital. Les xarxes socials és el segon mitjà de coneixement del telèfon. L'altra via és a través dels serveis de les administracions públiques, especialment del

mateix Ajuntament de Barcelona i dels serveis de Salut. Finalment amics o amigues o famílies han facilitat el contacte amb el TPS.





**Veus
expertes**



Nekane Navarro

Membre del patronat de la Fundació Ajuda i Esperança i sòcia-fundadora de Beethik, responsabilitat radical.

Conèixer el valor que aportem per seguir millorant la vida de les persones

Ningú no sap com seran els sistemes i serveis de suport a les persones en situació de vulnerabilitat en el futur. De fet, estem vivint un moment històric en el qual el futur és demà, i demà, possiblement, tot serà diferent.

La incertesa ha entrat a formar part de les nostres vides i aquest fet té un impacte determinant —i segurament demolidor— en la vida de les persones més vulnerables. I més enllà de la crisi social i econòmica que ha provocat la Covid-19, ens trobem en una situació de crisi emocional que tindrà grans repercussions en un futur molt proper.

Així ho ha posat de manifest l'Organització Mundial de la Salut, que alerta de com els serveis de salut mental s'estan veient pertorbats per la Covid-19 en la majoria dels països¹.

L'OMS destaca, així, que la pandèmia està provocant un increment de la demanda de serveis de salut mental: “El dol, l'aïllament, la pèrdua d'ingressos i la por estan generant o agreujant trastorns de salut mental. Moltes persones han augmentat el seu consum d'alcohol o drogues i pateixen creixents problemes d'insomni i angixa”.

L'any 2018, des de l'Observatori Social de “la Caixa” es va dur a terme un estudi que mostra que la meitat de població enquestada², el 43,6%, està en risc

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. Enquesta realitzada en 8 municipis d'Espanya (5 dels quals a Catalunya), amb una mostra de 1.688 persones.

Perquè la societat som les persones, totes i cadascuna de nosaltres, i totes tenim la responsabilitat de construir, plegades, una societat més humana.

d'aïllament social o se senten soles, i un 11,8% de la població enquestada manifesta trobar-se en ambdues situacions alhora.

L'informe de la Fundació "la Caixa"³ resumeix les següents conclusions principals:

La cara més visible de la soledat és sentir que no es disposa de persones a les quals poder recórrer o en les quals es pugui confiar en cas de necessitat.

L'aïllament de la xarxa d'amistat és més gran que en el cas de la xarxa familiar. En altres paraules, la família és més present que les amistats i protegeix més del risc d'aïllament social al llarg de la vida.

Tant els sentiments de soledat com el risc d'aïllament social augmenten amb l'edat i són més freqüents en homes i en persones amb un nivell més baix d'estudis.

Tots els estudis mostren una major prevalença d'aquestes situacions en les persones grans que viuen soles, un segment de població que creixerà en els propers anys. Segons projeccions de l'INE (2018-2068), l'any 2068 pot arribar a haver-hi més de 14 milions de persones grans a Espanya, suposant aquesta xifra el 29,4% d'un total d'una població que arribaria als gairebé 49 milions de persones. L'estructura d'edats canviarà encara més en el futur. Si les previsions es compleixen i es mantenen els supòsits de fecunditat i mortalitat, la piràmide poblacional deixarà de ser una piràmide per canviar de forma i convertir-se en un "pil·lar de població".

Si ens centrem en el segment de persones que viuen soles, segons l'"Encuesta Continua de Hogares (ECH 2019)", a Catalunya hi ha un total de 786.000 persones que viuen soles, de les quals 334.000 (el 42,2% del total) tenen 65 anys o més. Els experts apunten que la vida en solitari continuarà creixent, la qual cosa resulta lògica, si tenim en compte que l'esperança de vida dels homes ha augmentat, que es produeixen més ruptures de parella abans de la jubilació, i que cada vegada hi ha més persones que arriben a l'última etapa de la vida en solteria o sense parella estable. És probable que, com a conseqüència d'aquests fets, el risc de patir soledat entre la població major de 65 anys augmenti en la mateixa mesura.

3. Yanguas, J., Cilveti, 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%A0fillament-social->

I la pandèmia ha vingut a agreujar aquestes situacions, provocant un impacte major també en les persones menors de 65 anys i agreujant un fenomen ja de per si complex, divers i plural, un fenomen que fa que hi hagi tantes soledats com persones que en senten. Es produeixen situacions de soledat social (resposta subjectiva davant la manca o la insuficiència de relacions, o de sentiment de comunitat) i de soledat emocional (resposta subjectiva a l'absència de relacions personals íntimes o d'aferrament), definides per Robert Weiss al seu llibre “Loneliness: the experience of emotional and social loneliness”⁴, que van agafant espai a les nostres relacions quotidianes.

I és que, amb l'aparició de la Covid-19 tots ens hem sentit, de cop, vulnerables, i això està marcant la forma amb què ens relacionem i tirem endavant —o ho intentem— la nostra vida.

En contraposició, en la cara positiva de la moneda, la pandèmia ha provocat l'articulació de xarxes de suport, bon veïnatge i voluntariat per donar resposta a les necessitats de les persones més vulnerables. La solidaritat, per tant i per sort, emergeix davant la necessitat i ens demostra que només les persones salvem les persones. Però cal articular polítiques i sistemes de suport que acompanyin i facin costat a aquesta iniciativa ciutadana.

Aquesta haurà de ser, per tant, una prioritat dels sistemes de protecció social i està començant a fer-se lloc a l'agenda pública. Així ho evidencia, per exemple, el Pla Estratègic de Serveis Socials de la Generalitat de Catalunya⁵ que defineix, dins l'eix adreçat a “l'impuls d'accions i projectes de lluita contra l'aïllament i la soledat no volguda de la gent gran, posant en relació el teixit associatiu, les xarxes comunitàries i veïnals i els recursos del sistema”, les següents fites:

- > Detectar activament persones en situació de vulnerabilitat social, de falta d'autonomia i/o de solitud no volguda i acompanyar-les cap a processos de socialització, accés als serveis socials, interacció o suport social des de la mateixa comunitat.
- > Dur a terme programes de lluita contra l'aïllament i la soledat no volguda de la gent gran al 100% de les Àrees Bàsiques de Serveis Socials (ABSS).

Però si no ens impliquem, com a societat, en la resolució d'aquestes qüestions ens trobarem en una situació de pobresa emocional difícilment supe-

4. Sala Mozos, E. & Observatori de la Soledat - Amics de la Gent Gran. (2016, setembre). 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-Qlon4MAAdAGKIEyD1Hru9BvR14gZ_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_tematices/15serveissocials/pla_estrategic_serveis_socials/Pla_estrategic_serveis_socials_catalunya_NOU/01_Plana_principals/1.-2020-12-29-Pla-estrategic-de-serveis-socials-2021-2024.pdf

nable. Perquè la societat som les persones, totes i cadascuna de nosaltres, i totes tenim la responsabilitat de construir, plegades, una societat més humana.

Hem de construir una societat basada en valors compartits. Valors com els que defineixen la tasca de la Fundació Ajuda i Esperança: voluntariat, respecte, solidaritat, esperança, empatia i compromís. Uns valors que ens parlen de l'essència de les relacions humanes i que ens porten a la dimensió ètica d'aquestes relacions en les quals l'alteritat, la cura de l'altre com a base, n'és l'essència.

Per això hem d'avançar cap a un sistema que cuidi les persones, des de la concepció de l'altre com un fi en si mateix, perquè la societat humana no és una altra cosa que la interacció permanent entre els individus que la conformen.

Només en l'actitud de veure "l'altre" podrà un veure's plenament a sí mateix.

Emmanuel Levinas

Cal que mirem l'altre, que el coneguem i reconeguem, que l'estimem o almenys l'acceptem com és, i que generem espais de respecte i creixement, des de la inclusió de la diversitat en el seu sentit més profund.

Cal avançar cap a uns entorns de vida cuidadors, que ens permetin viure en plenitud i que, d'acord amb els plantejaments més actuals⁶, han de ser uns entorns:

- > On les persones puguin ser protagonistes de la seva vida, des del desenvolupament màxim de les seves competències i gaudint de l'experiència vital i del suport mutu entre persones.
- > On els entorns vitals de proximitat acompanyin les persones i els ofereixin els suports necessaris per desenvolupar el seu projecte de vida.
- > En uns entorns comunitaris acollidors i inclusivament, lliures de barreres i promotors de les capacitats i oportunitats de cadascú.
- > Emparats per uns sistemes de benestar promotors de models d'atenció centrada en la persona, que articulïn els suports a les necessitats i realitats específiques de cada ciutadà.

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.

Com saber, però, quines són les necessitats i els anhels d'aquestes persones? Com impulsar millores en uns entorns tan incerts i canviants com els actuals? Amb quina base poden definir els poders públics les polítiques necessàries? Possiblement ningú no en té les respostes, però l'única manera de trobar-les és des de l'anàlisi d'aquestes realitats i des de la reflexió compartida. I és aquí on iniciatives com l'Observatori de l'Esperança poden ser clau:

- > Perquè és imprescindible conèixer (identificar i mesurar) el valor que aportem a les persones que acompanyem.
- > Perquè aquest coneixement ens permet gestionar aquesta aportació de valor, sent més eficaços en la consecució dels nostres resultats.
- > Perquè ens dona informació per explicar-ho a la societat, avançant en la generació de confiança en totes les parts implicades en la resolució de les situacions de solitud i aïllament i, en conseqüència, en el seu compromís per construir els entorns que volem.

No és suficient saber què fem, hem de poder conèixer el que estem aconseguint si realment volem provocar canvis reals en la vida de les persones. Mesurar l'impacte ens parla de conèixer els canvis que estem provocant, l'empremta que deixen les nostres accions un cop dutes a terme. És un pas més en el procés de conèixer el que fem (activitat), quantes coses fem (resultats) i el que aconseguim, l'efecte real que provoquem (impacte).

Sabem, tenim molt clar i així ens ho confirmen les mateixes persones ateses, que els serveis de la Fundació Ajuda i Esperança les acompanyen en els moments més difícils i les ajuden a superar-los. Però ara tenim certeses que venen a refermar les intuïcions. I aquestes certeses ens donaran la informació necessària per maximitzar el valor que aportem, i per contribuir a la millora de la vida de les persones que necessiten un suport en un moment complicat. Possiblement som totes.



Pilar Solanes

Direcció i execució de les polítiques de la Gerència en l'àmbit de l'envelliment i les cures de l'Ajuntament de Barcelona

“

Tots i totes ens hem d'implicar per fer front a aquesta altra pandèmia que silenciosament colpeja la nostra societat des de fa dècades.

La prevenció del suïcidi a la ciutat de Barcelona

La prevenció del suïcidi a la nostra ciutat és un dels elements fonamentals del Pla de Xoc en Salut Mental que ha proposat i impulsat l'Ajuntament de Barcelona arran de la pandèmia de la Covid-19. Però és també un compromís que l'Administració té amb la ciutadania per responsabilitat pública amb una problemàtica, tradicionalment amagada, que suposa gairebé un centenar de morts cada any només a Barcelona. Un fet que genera molt patiment entorn de la persona afectada i que entre tots i totes hem de tractar d'evitar.

La situació actual de la pandèmia i la incertesa sobre les seves conseqüències econòmiques i socials són una font d'angoixa, neguit i estrès sense precedents per a les generacions actuals. I tot apunta que els efectes en la salut mental de la població seran molt més greus que les de crisis que havíem viscut fins ara per l'impacte afegit de la por, la incertesa i l'efecte de les mesures de distanciament. Probablement, tot això es traduirà en un increment de les temptatives suïcides i de les conductes autolítiques.

Com sempre, les persones i els col·lectius més vulnerables són els que es troben més desprotegits davant del que es comença a anomenar com a quarta onada o onada "invisible" dels efectes de la Covid-19. Són les seqüeles psicològiques i emocionals de la pandèmia: la por a la malaltia i la preocupació per la salut i el benestar de les persones properes; la pèrdua de persones estimades i les condicions amb què s'ha hagut d'afrontar aquesta pèrdua; la pèrdua de llocs de treball i ingressos; el sentiment de pèrdua d'oportunitats (formatives, de lleure, de llibertats, de suports, del que fins fa ben poc era la nostra vida quotidiana); l'angoixa per un futur incert; l'impacte de les mesures de confinament (aïllament, solitud, etc.)... I podríem continuar amb un llarg etcètera de com ens ha canviat la vida a tots i totes des de poc més d'un any ençà.

L'Ajuntament de Barcelona ha posat en marxa diferents accions per tractar de donar resposta a aquesta nova realitat que vivim i oferir el suport emocional que la ciutadania necessita en aquests moments tan complexos. La resposta a la conducta suïcida ha de fonamentar-se en salut mental, però va més enllà. La crisi de la Covid-19 ens exigeix un esforç per posar en marxa i comunicar vies específiques d'atenció i suport.

Un dels dispositius, entre d'altres, que l'Ajuntament de Barcelona ha posat en marxa per fer front a l'actual circumstància derivada de la pandèmia és el Telèfon de Prevenció del Suïcidi. Pel seu desenvolupament i implementació va establir un conveni amb la Fundació Ajuda i Esperança, entitat amb molta experiència en l'acompanyament telefònic, ja que ofereix el servei del Telèfon de l'Esperança, que existeix des de fa més de cinquanta anys i que, per tant, està molt arrelat a la nostra ciutat.

El Telèfon de Prevenció del Suïcidi és un servei d'atenció telefònica i acompanyament emocional en situacions de crisi operatiu les 24 hores del dia, els 7 dies de la setmana. Amb la posada en marxa d'aquest dispositiu, l'Ajuntament de Barcelona no només impulsa la creació d'un nou servei d'ajuda específic per la prevenció del suïcidi, sinó que dona visibilitat a un fet que durant molts anys ha sigut tabú. Trencar el silenci és el primer pas necessari per fer front a una situació dramàtica i esfereïdora que s'emporta la vida de tantes persones, moltes d'elles joves, i que deixa darrere seu desolació i patiment.

Barcelona s'equipara així a altres ciutats i països del nostre context, que des de fa anys disposen de línies telefòniques d'atenció específica per la prevenció del suïcidi. Aquest dispositiu funciona també com a porta d'entrada per a altres serveis comunitaris que la ciutat ofereix, molts d'ells impulsats i organitzats també per l'Ajuntament de Barcelona. És el cas del Barcelona Cuida, on s'ha creat un espai d'acollida i atenció a famílies i a l'entorn de persones en risc de suïcidi i a familiars de persones que han mort per aquesta causa. Aquest espai està dinamitzat per l'Associació Catalana per a la Prevenció del Suïcidi (ACPS) i per Després del Suïcidi – Associació de Supervivents (DSAS).

Es tracta, per tant, de crear una xarxa entre els diferents dispositius de les administracions públiques i les entitats socials per treballar conjuntament per la prevenció del suïcidi. Tots i totes ens hem d'implicar per fer front a aquesta altra pandèmia que silenciosament colpeja la nostra societat des de fa dècades.

En aquest sentit, s'ha constituït la Xarxa Barcelona per la Prevenció del Suïcidi com a marc de treball per tal de connectar totes les organitzacions de la

ciutat amb capacitat d'acció i incidència en la matèria i impulsar una agenda de projectes que es consideren prioritaris.

La Xarxa és promoguda per la Taula de Salut Mental de Barcelona, l'Ajuntament de Barcelona i el Pla Director de Salut Mental de Catalunya (2016-2023), i en formen part l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), el Servei de Prevenció, Extinció d'Incendis i Salvament de l'Ajuntament de Barcelona, la Guàrdia Urbana, el Consorci d'Educació de Barcelona, el 061 CatSalut Respon, el Centre d'Urgències i Emergències Socials de Barcelona (CUESB), el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), la Fundació Ajuda i Esperança i altres entitats diverses. Aquesta és una aposta clara de l'Ajuntament de Barcelona per implicar a totes les administracions i agents socials en la prevenció del suïcidi i per impulsar una lluita que és tasca de tots i totes.

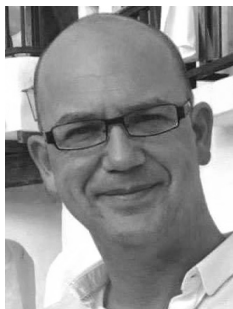
Referent a això, l'Ajuntament de Barcelona ha establert diverses línies d'acció per a la prevenció del suïcidi en el Pla de Salut Mental de la ciutat per als pròxims anys. A més de consolidar el servei del Telèfon de Prevenció del Suïcidi, hem previst, entre altres accions, articular un programa de prevenció al suïcidi adreçat a joves, que doni resposta a l'emergència actual. La població jove és especialment vulnerable als efectes que la pandèmia està tenint sobre la vida de les persones, en l'àmbit social, laboral, econòmic, psicològic, etc. Aquesta línia d'actuació preveu, entre d'altres, la posada en marxa de canals i dispositius específics per a accés als recursos de suport i escolta (missatges de text, etc.); la formació dels referents comunitaris de l'àmbit educatiu, del lleure, l'esport, etc.); la formació per a joves (suport entre iguals), i campanyes de sensibilització en xarxes socials.

Totes aquestes accions, i altres que estan recollides en el Pla de Salut Mental de Barcelona, s'emmarquen dintre d'una estratègia de ciutat que té com un dels seus objectius revertir aquesta situació dramàtica que es va repetint, any darrere any, de pèrdues de vides humanes a causa del suïcidi. És responsabilitat de tots i totes treballar per mantenir aquestes vides, valuoses en si mateixes, donant solucions i resposta a les diverses problemàtiques que fan que aquestes persones sentin que es troben en un carreró sense sortida. Però és l'administració pública qui s'ha de posar a la capçalera d'aquesta lluita, implicant tots els actors, públics i privats, que puguin tenir un paper determinant per ajudar a salvar vides; creant serveis de suport psicosocials; oferint recursos a la ciutadania i a les entitats que els donen servei; coordinant els dispositius de prevenció per ser més eficients; liderant, en definitiva, les accions que siguin necessàries per defensar la vida i el benestar de les persones.

Volem una ciutat implicada i compromesa a favor de la vida i dels drets de les persones a rebre l'atenció que necessiten i el suport que es mereixen

quan travessen moments de dificultat. L'Ajuntament de Barcelona vol avançar cap a un futur de zero suïcidis. Potser és una quimera o una utopia, però com deia Eduardo Galeano: "La utopia és a l'horitzó. M'apropo dues passes i ella s'allunya dues passes més. Camino deu passes i l'horitzó es mou deu passes més. Per molt que camini no hi arribaré mai. Per a què serveix la utopia? Per a això, serveix: per caminar".

Caminem tots i totes juntes per la prevenció del suïcidi.



Pedro Martín-Barrajón Morán

Cap de Sala del Servei de Primera Atenció Psicològica (SPAP). Responsable Xarxa Nacional de Psicòlegs per la Prevenció del Suïcidi de Psicòlegs Princesa 81, S.L.P.



Elisa Alfaro Ferreres

Psicologia Jurídica. Àrea de Medicina Legal. Facultat de Medicina. Universitat de València.

Atenció Telefònica en Crisis Suïcides

L'aparició de la Covid-19 i més concretament les primeres mesures de confinament absolut, tant pel que fa a la població espanyola com a la població mundial, van provocar un increment exponencial de l'ús de les noves tecnologies de la informació i comunicació (TIC). Tots els nivells d'educació i docència, les feines als jutjats, les consultes mèdiques, els centres de recerca, les empreses, etc., es van adaptar, en el decurs de poques setmanes, al model de teletreball. La telepsicologia, tot i que ja comptava amb una base molt sòlida, ha crescut com no havia fet mai en tota la seva història i ha conegut un desenvolupament vertiginós. Cal destacar, però, que tot i que les eines necessàries per fer una intervenció telefònica en situació de crisi es basen en la psicologia, no es tracta de fer teràpia psicològica per telèfon. Altres professionals, adequadament capacitats i formats, poden dur a terme la tasca d'acompanyament telefònic i ser el primer anell de la cadena assistencial, igual que qualsevol persona degudament formada o guiada pot practicar una RCP sense ser un professional sanitari, només seguint les instruccions que li dona un professional qualificat per telèfon.

Fa més de vint anys que la telepsicologia va ser definida com "l'ús de la tecnologia de les telecomunicacions per posar en contacte els pacients amb els professionals de la salut, amb l'objectiu de possibilitar un diagnòstic efectiu, o l'educació, el tractament, les consultes, la transmissió i emmagatzematge de dades mèdiques del pacient, la recerca i altres activitats relacionades amb el proveïment de cures de salut"¹. Un any abans, al 1997, l'Standing Comittee Of Family And Community Affairs havia establert prèviament el terme "telesalut", entès com el proveïment de salut a distància, per a tots aquells casos on in-

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

Molt sovint, les persones que pateixen idees suïcides tendeixen a no compartir-les amb amics i/o familiars, això fa que les converses amb els serveis d'atenció telefònica siguin molt importants per detectar el risc.

tervé la distància física entre el professional de la salut i l'usuari. Les eines d'ús de la telepsicologia eren les que avui dia ens aporten les TIC, que ja es coneixien des de fa anys². Les més freqüents són "els ordinadors personals, la televisió, les agendes PDA, el telèfon, el telèfon mòbil i els missatges de text, internet, la realitat virtual i la realitat augmentada"³.

Consideracions prèvies en l'atenció telefònica

Sabem, i defensem amb fermesa, que els voluntaris i professionals de l'atenció telefònica en situacions crítiques han d'estar formats adequadament i "cal que comptin amb un protocol d'actuació que especifiqui què cal fer i què no es pot fer, o dir"⁴.

Una característica fonamental en l'atenció telefònica és la necessitat de "presència" del professional, que deixi tot el que estigui fent i posi els cinc sentits a cada trucada.

Aquesta presència inclou la receptivitat del professional davant les diferents emocions de la persona que truca, per poder ser impactat per aquestes emocions, fins i tot commogut, i, tot i així, conservar la capacitat de reaccionar.

El mateix vestit, però, no ens serveix a tots, ni tothom que truca presenta les mateixes necessitats, ni els motius de consulta són els mateixos, per això pensem que és especialment interessant aportar algunes pautes molt generals per a una correcta atenció telefònica en situacions crítiques, atenent tres de les quatre emocions bàsiques: tristesa, enuig i por, així com unes consideracions sobre els errors més comuns a l'hora d'atendre aquest tipus de trucades.

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*.

Davant d'aquestes tres emocions bàsiques, doncs, cal en primer lloc identificar-les i adaptar-hi la nostra intervenció. Així, davant de:

La tristesa

És identificable a través del telèfon per sospirs, estossecs, tremolor de veu, pauses per empassar-se la saliva, to de veu baix.

Recomanacions davant d'una possible crisi depressiva:

- > Presentar-nos amb el nom i la categoria professional
- > Reforçar que ens hagin trucat, pot ser l'única, i de vegades la darrera, petició d'ajuda
- > Estar "present" durant la trucada, posar-hi els cinc sentits i deixar de banda tota la resta. Si la persona percep que no té tota la teva atenció pot acabar bruscament la trucada
- > Esbrinar el motiu de consulta en aquest moment i per què s'ha decidit a trucar-nos: *què t'està passant?..., quin és el motiu exacte de la teva trucada?..., com podria ajudar-te?..., ha passat quelcom especial?..., quina ha estat la gota que ha fet vessar el got?..., etc.*
- > Avaluar la possible ideació suïcida: *què vols dir quan dius que d'aquesta no te'n sortiràs/ has llençat la tovallola/ no pots més?..., has pensat alguna vegada a fer-te mal?..., per assegurar-me que estem parlant del mateix, has pensat a suïcidar-te?..., etc.*
- > Respectar els silencis i mostrar interès per comprendre la situació: *deu ser difícil expressar en paraules tot el que sents ara mateix..., tenim temps, explica-m'ho quan puguis, quan sentis que ja pots...*
- > Sondejar amb molta cura la seva xarxa de suport social i buscar ajut de tercers. No es tracta d'enumerar indiscriminadament tota l'òrbita familiar, es podria esmentar la font d'origen de la crisi, per exemple maltractaments, o violència domèstica: *ho has comentat amb algú, això?..., hi ha algú, ara mateix, que sentis especialment proper?..., en qui creus que podries confiar?..., etc.*
- > Saber si rep atenció d'algun especialista: *reps algun tipus de tractament?..., en cas d'un tractament recent, t'han informat que, sovint, la medicació triga almenys un parell de setmanes a fer efecte?..., etc.*

L'actitud del professional davant la tristesa ha de ser de compassió i de mostrar-se impactat davant del patiment de la persona que truca: *no puc ni imaginar com és perdre-ho tot d'una manera tan terrible..., perdre la teva parella en aquest moment de la teva vida ha de ser molt i molt difícil..., que dur sentir que no tens ningú que t'acompanyi en aquests moments..., té sentit que vulguis desaparèixer quan tens la sensació que no importes a ningú...*

La ira/enuig

És identificable a través del telèfon pel to de veu alt, agitació, interrupcions, desafiament o amenaces, vocabulari groller i/o faltes de respecte.

En aquest perfil de tipus agressiu, la persona es mostra hostil durant la trucada, per això en un primer moment facilitarem l'alleujament, sense interrompre, i reconduïrem la conversa mantenint un to de veu pausat. Si hi hagués faltes de respecte, es pot emfatitzar la necessitat de mantenir una actitud conciliadora, per poder continuar amb la trucada.

La ira/enuig requereixen del professional una actitud d'atenció, de prendre's seriosament els motius de la persona que truca, de serietat i de responsabilitat, amb algun compromís "d'autocorrecció": no hi ha dret que t'hagi passat..., no m'estranya que estiguis tan enfadat després de..., *que difícil sentir que ningú entén que ho estàs passant tan malament..., faré tot el que pugui perquè rebis l'atenció que et mereixes i l'ajuda que necessites..., etc.*

La por

És identificable a través del telèfon pel tremolor de la veu, les interrupcions contínues, parlar molt de pressa, dificultat per escoltar, salts temporals dins el discurs, taquipnea i hiperventilació. En aquest perfil, la persona necessita una resposta afectuosa i accions que transmetin seguretat afectiva i de protecció: *em dic Joan, soc voluntari del servei i vull ajudar-te..., em quedaré amb tu tot el temps que calgui..., ara mateix ets la persona més important per a mi, ja no estàs sol..., etc.*

Recomanacions davant d'una possible crisi d'angoixa (solen remetre en menys de 45 minuts)

- > Presentar-nos, amb el nom i la categoria professional
- > Transmetre calma, tranquil·litat, sensació de protecció, i la nostra actitud d'ajuda i servei. *Com puc ajudar-te?*
- > Esbrinar què ha desencadenat el seu estat i facilitar l'alleujament o

la “ventilació” emocional. *Què ha passat? Quines sensacions físiques sents ara mateix?*

- > Preguntar la localització, per si cal l’assistència sanitària o d’altre tipus
- > Evitar comentaris educatius o indicacions impossibles de complir per la persona, que poden fins i tot incrementar l’angoixa en no aconseguir-ho: *calmi’s, tranquil..., etc.*
- > Resignificar símptomes i normalitzar-los: *no em sorprèn que estiguis tan angositat després del que t’ha passat..., aquestes són les respostes normals davant de situacions anormals..., de vegades, quan estem molt nerviosos ens manca l’aire i podem hiperventilar, marejar-nos, suar, i és tot el contrari, tens la sensació que no t’entra més aire perquè en tens més del que necessites..., etc.*
- > Disminuir la sobreactivació fisiològica: mitjançant el moldejat i modelat per modificar el ritme de veu de la persona que truca, fent servir nosaltres mateixos un ritme lent i pausat (és més fàcil imitar-nos que mantenir l’atenció, comprendre les instruccions i reproduir la tècnica). Evitar instruccions llargues, o complexes, que incloguin diverses indicacions a la vegada
- > Oferir-nos a facilitar la reagrupació o contacte amb familiars i/o persones properes que puguin resultar d’ajuda en aquest moment

Atenció telefònica en crisis suïcides

En aquest cas ens trobem, sense cap dubte, davant d’una situació molt exigent i estressant, on el risc d’equivocar-se pot tenir conseqüències fatals, així és que volem facilitar un algoritme d’atenció telefònica en crisis suïcides, que ha demostrat tenir força eficàcia. Es tracta d’una eina senzilla, breu i eficaç per avaluar el risc, prendre decisions sobre un possible trasllat, generar l’ambivalència en cas de risc (creiem oportú esmentar que aquest apartat de l’algoritme s’ha d’utilitzar en casos de risc moderat-alt, però també es pot fer servir en casos de risc baix), facilitar l’accés als recursos sanitaris per al trasllat, i proporcionar recursos d’ajuda. Proposem tot seguit una sèrie de recomanacions útils i d’aspectes a tenir en compte.

Molt sovint, les persones que pateixen idees suïcides tendeixen a no compartir-les amb amics i/o familiars, això fa que les converses amb els serveis d’atenció telefònica siguin molt importants per detectar el risc. Als pacients

els costa admetre davant dels altres que estan pensant en el suïcidi, per vergonya i per culpa (estigma). Igualment, els pacients que admeten tenir pensaments de suïcidi sovint ho expressen amb vacil·lació, i això minimitza la serietat dels pensaments⁵, amb el consegüent perill de confondre el sanitari i que aquest conclogui que no existeix un risc real.

Dues necessitats bàsiques i molt generalitzades en persones que estan travessant una crisi suïcida, i també en persones que passen per una situació de dol per una pèrdua significativa, són ser escoltats, d'una banda, i de l'altra, la necessitat d'impactar qui els escolta, d'atraure'n l'atenció i l'interès.

Fem una breu reflexió: *què respondria un familiar, o una persona propera, que no estigui format en prevenció del suïcidi, davant les idees suïcides d'un fill, del marit, la dona, etc.?: no deus pensant de fer una ximpleria?..., el temps tot ho cura..., tens tota la vida per endavant..., etc.*

Aquests són un exemple de comentaris benintencionats, que en veritat defugen el dolor de l'altre, en comptes d'acollir-lo i relacionar-lo amb diferents motius com manca d'habilitat, sobreprotecció, o el patiment i el qüestionament propi que suposa escoltar que una persona estimada es vol llevar la vida. Els comentaris anteriors, sense voler, augmentarien encara més la sensació de soledat, d'incomprensió, d'aïllament i d'inadequació, per contemplar el suïcidi com una sortida al seu patiment, així com un senyal inequívoc que els pensaments suïcides volen dir que “estàs malament del cap”.

Aquest tipus de desautoritzacions prèvies al seu malestar poden haver minvat la seva confiança en els altres, i també poden haver-lo convençut de la inutilitat de compartir el seu patiment amb els altres, fins i tot amb els professionals, i amb tota la raó: *ningú no m'entén..., no sé què hi faig, aquí..., parlar no serveix de res..., no li importo a ningú, com m'agradaria desaparèixer d'una vegada..., ja no puc més..., ja no aguanto més..., etc.*

Davant d'aquest tipus d'expressions, no serviria de res reaccionar així: *com pots dir això? A mi sí que m'importes..., no, home, jo sí que t'entenc..., he vist casos com el teu..., jo també he perdut un familiar, i al començament...*

De vegades es “perverteix” el significat de la premissa: empatitzar amb el pacient/víctima, i qui escolta es limita a repetir sistemàticament: *entenc que ho estiguis passant tan malament..., entenc que et sentis així..., etc.* Quan durant la conversa s'ha escoltat la mateixa expressió dues o tres vegades, fa l'efecte d'una locució telefònica i qui truca arriba a la conclusió que la persona d'ajuda, en veritat, no ha entès res.

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>.

Veiem tot seguit dues estratègies que poden ser útils i amb les que potser no estem tan familiaritzats:

Normalitzar la ideació suïcida

El 50% de la població general —no clínica—, experimentarà tendències suïcides moderades-severes, al llarg de la vida⁶.

Gran part dels motius de patiment humans són normals quan cal enfrontar-se a situacions “anormals”. La ideació suïcida pot ser una reacció defensiva normal: posar fi al patiment, defugir responsabilitats, eliminar les pors... és una reacció que molta gent tindria si es trobés en circumstàncies semblants: *pensar en el suïcidi com a solució no et converteix en boig, ni en covard..., moltes persones que no veuen altra solució tenen aquests pensaments cada dia..., jo no he viscut mai una situació com la teva, però em penso que si la visqués també estaria passant-ho molt malament..., etc.*

Validar l'experiència subjectiva de la persona

La dificultat, el patiment o la preocupació pel que està passant. Això no vol dir validar el suïcidi com una solució. Validar vol dir atorgar reconeixement, valor, importància i sentit al patiment de la persona, augmentant així la sensació de connexió i seguretat de la persona que truca. És necessari establir un vincle entre la causa i l'efecte de tot el que li passa a la persona que truca. Les causes poden ser desesperança, soledat, dolor físic, patiment emocional, tristesa, etc. I l'efecte és experimentar ideació suïcida: *no m'estranya que vulguis/pensis a desaparèixer quan tens la sensació que no importes a ningú..., tens dret a sentir-te molt malament amb tot el que estàs passant..., no em puc ni imaginar com és sentir-se com et sents tu ara mateix, però si m'ajudes potser et puc comprendre millor..., que dur deu ser no saber què hi fas, aquí, i sentir que parlar no serveix de res..., etc.*

Es fàcil veure's en la temptació d'intentar “treure-li immediatament les idees suïcides” a la persona que truca, tampoc no és gens fàcil “contenir l'impuls” del professional de desterrar el suïcidi com a opció, o intentar rescatar ràpidament la persona sense haver-la escoltada abans (sense haver normalitzat i validat prèviament), oferint-li solucions que potser ja ha provat abans i no li han servit, la qual cosa ens enfonsaria en el descrèdit.

Hem de pensar que el temps juga a favor nostre i que per poder reduir la probabilitat d'un desenllaç fatal al llarg de la trucada, la persona en risc ha de sentir-se escoltada, creguda, sostinguda en el seu patiment, i ha de perce-

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

bre igualment que el seu patiment té un impacte en l'altra persona. Tot això, evidentment, requereix un cert temps. Carmen Tejedor i altres psicòlegs de prestigi parlen d'un espai temporal de 90 minuts des que algú té la intencionalitat ferma fins que inicia el gest suïcida. Tot i que no necessàriament serà així en tots els casos, és important tenir-ho en compte.

Hem de ser menys ambiciosos en els nostres objectius, i també molt realistes, potser ni el millor psicòleg ni el millor psiquiatre del món aconseguirien treure-li les idees suïcides a una persona que truca en un moment de crisi. Les persones poden tenir raons molt poderoses, i molt legítimes, per voler acabar amb la seva vida, sense que per això es tracti d'idees irracionals, o de persones que estan malament del cap.

Un objectiu molt més humil com a primera anella de la cadena assistencial en l'atenció telefònica, i també molt realista, és el d'ajornar la decisió a fi i efecte d'aconseguir que la persona que truca "no se suïcidi en el nostre torn", i que rebi l'atenció que es mereix i l'ajuda que necessita: sempre pots fer-ho més endavant, jo no t'ho puc impedir, però suïcidat-se és una decisió important que pot esperar, m'agradaria que parléssim del que t'ha posat en una situació tan difícil..., etc.

Amb la justificació de trobar els seus punts d'ancoratge, es pot caure en l'error de fer un sondeig arbitrari i gratuït, al mateix temps que perillós: què faran els teus fills sense tu?..., què serà dels teus pares?..., etc. Potser en aquest sondeig "a cegues" trobem el precipitant del gest suïcida, per exemple, una violència ascendent, o domèstica.

Per reprimir l'impuls d'intents atzarosos de buscar punts d'ancoratge, és molt útil escoltar i preguntar: qui sents ara mateix més proper a tu?..., quan dius que ningú no t'entén, qui són aquestes persones amb les quals intentes connectar i no t'entenen?..., qui seria la persona per la qual valdria la pena viure?..., etc.

En aquest context d'atenció telefònica pot ser útil un dels mantres més repetit en el món de la prevenció: el suïcida és una solució eterna per allò que, sovint, només és un problema temporal⁷.

Conclusions

Resumim a continuació algunes pautes generals en la conversa telefònica amb un pacient en crisi suïcida:

Primera

Els objectius a aconseguir seran ajornar la decisió i escoltar i validar la vivència subjectiva de la persona.

Segona

Per a una correcta avaluació del nivell de risc cal preguntar:

- > Quan
- > On, per tenir informació de rescatabilitat
- > Com, per conèixer la letalitat del mètode i
- > Per què ha decidit fer-ho
- > Com més respostes afirmatives tinguem, més gran serà el risc.

Tercera

Evitar el rol d'expert. És important escoltar i validar: has d'estar passant-ho molt malament per contemplar el suïcidi com a solució. Mai he passat per una situació tan difícil, així que no puc ni imaginar-me com deu ser de dur..., moltes persones tenen aquestes idees cada dia, però hem trobat altres solucions..., etc.

Quarta

Introduir algun tipus de reforç positiu sobre com gestiona la seva situació: el fet de que hagi decidit trucar, malgrat el teu patiment, és molt valent i molt intel·ligent per part teva..., moltes persones tenen aquestes idees cada dia, i el 80% d'aquells que no van aconseguir-ho han reconegut posteriorment que va ser un error..., etc.

Cinquena

No tenir pressa, ni encara menys evidenciar-la, sempre hem d'anar a remolc del pacient. El temps juga a favor nostre i redueix la impulsivitat (90 minuts?)

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

Sisena

Facilitar el drenatge emocional, és molt més útil que començar qüestionant la seva idea. No el deixem mai sol si apel·la a la nostra confiança.



Enric Armengou

Psiquiatre d'ITA
Especialistes en
Salut Mental i de
l'Hospital Nen de
Déu. Professor a
la Universitat Abat
Oliba. Membre
del Patronat de la
Fundació Ajuda i
Esperança. Voluntari
del Telèfon de
Prevenició del Suïcidi
i del Telèfon de
l'Esperança.

“

Els humans
som éssers
socials i ens
necessitem els
uns als altres
per a poder
donar el millor
de nosaltres
mateixos.

Salut mental i la importància del suport psicosocial

“Descuidar el contacte proper amb les persones que són importants per a vostè és al menys tan perillós per a la salut com l'hàbit de fumar un paquet a el dia, la hipertensió o l'obesitat”¹. La psicòloga canadenca Susan Pinker va demostrar amb un estudi molt rigorós que els dos factors més importants per arribar als 100 anys són la integració social i tenir relacions properes. Molt per davant de no fumar, no beure, la salut cardíaca o la diabetis.

L'OMS² defineix *salut* com “un estat de complet benestar físic, mental i social, no solament l'absència d'afeccions o malalties”. Ressaltem la incidència en “allò social”. Si aquesta afirmació és evident en la salut general, quina no serà la seva importància en la salut mental.

La societat ha vist com la pandèmia, amb l'exigència del distanciament social i les diferents etapes de confinament, ha fet aflorar el millor i el pitjor de les persones i ha fet que siguem conscients de la necessitat d'estar connectats. Estem esperant els brots verds, els desconfinaments i les vacunes que ens van presentant, per tornar-nos a trobar i abraçar. Ens comuniquem per pantalla plana o ens veiem amb mascareta i ens és difícil copsar els missatges emocionals que les nostres cares transmeten. Una de les tortures més inhumanes és l'aïllament social. Com ben bé reflecteix el protagonista de la pel·lícula “El naufrag”, interpretat per Tom Hanks, per tal de poder sobreviure, el protagonista ha de crear una comunitat, parlant amb una pilota de voleibol a la qual personalitzarà.

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

2. Organització Mundial de la Salut

Un dels factors més determinants en el desenvolupament de un trastorn mental és la quantitat i la qualitat de les nostres relacions interpersonals. Els trastorns mentals es generen en soledat, real o sentida, i es recuperen en societat.

Els professionals de la salut mental i les autoritats sanitàries som observadors de l'increment del patiment emocional, vivencial i conductual de les persones. Hem vist l'empitjorament de persones amb trastorns mentals que estaven estables. Hem comprovat l'increment de les malalties emocionals com les depressions, les obsessions i les fòbies; els trastorns de la conducta alimentària, les addiccions i les autoagressions han augmentat la seva incidència. S'ha incrementat igualment la taxa de maltractament intrafamiliar. Estem veient persones que s'aïllen a casa seva com si fossin joves de Hikikomori³. I la crisi sociosanitària es fa alarmant si parlem de la gent gran i de la soledat no desitjada.

La crisi sanitària de la Covid-19 ha derivat en una crisi econòmica, cert, però també estem veient que s'està gestant una crisi social que afectarà aquelles persones que la pateixin durant molt temps. Un indicador força significatiu és que el consum de psicofàrmacs el 2020 s'ha multiplicat per dos respecte l'any anterior⁴.

Els darrers anys de bonança i comoditat, oblidats del tot el patiment i l'esforç dels nostres avis a les postguerras, tant civil com europea, han adormit Europa en la cultura de la "societat del benestar". Ens hem centrat en la prosperitat i a fer-nos un espai de confort on sentir-nos segurs i còmodes. Pensàvem que l'economia i la ciència ens oferirien el benestar i la seguretat, l'autosuficiència. En aquest afany, però, hem descuidat la natura, la nostra casa comuna i els altres, els que no pertanyen al nostre petit club.

De revertir el descuit del planeta, ja se n'ha encarregat la mateixa natura, amb una de les pandèmies més dures que hagi conegut mai la raça humana. La Covid-19 està fent que els estats, les empreses i tota la societat siguin conscients de la seva vulnerabilitat.

De revertir el fet de centrar les nostres il·lusions en el benestar i en el nostre petit clan, on no hi cap el de fora, hem d'encarregar-nos-en nosaltres. Aquí

3. Hikikomori és un terme japonès per referir-se al fenomen social que consisteix en persones apartades que han escollit abandonar la vida social; sovint buscant graus extrems d'aïllament i confinament, a causa de diversos factors personals i socials en les seves vides. Al Japó sol afectar més homes que dones. (<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 febrer). Noticiaspress.es. <http://www.noticiaspress.es/2021/02/la-ola-de-contagios-dispara-el-consumo-de-ansioliticos-y-antidepresivos-en-una-poblacion-con-miedo-e-incertidumbre/>

tenim un repte engrescador i que pot ajudar-nos a bastir un futur millor que el passat postmodern. Seguint la visió aguda de Byung-Chul Han, “el segle XX ha estat el de les guerres i la bogeria, però el segle XXI serà el de la depressió i el suïcidi”⁵.

En paraules d'António Guterres, secretari general de l'ONU, es preveu un any desafiant per a la salut mental: “Tot això era cert, fins i tot abans de la Covid-19; ara, però, estem veient les conseqüències de la pandèmia en el benestar mental de les persones, i això és només el començament. Molts grups, inclosos els adults grans, les dones, els nens i les persones amb problemes de salut mental existents, corren el risc de patir greus problemes de salut a mitjà i llarg termini si no es prenen mesures”⁶. I el papa Francesc ha emprès una lluita ferotge per substituir la “cultura del rebuig” per la “cultura de l'esperança”⁷. El repte del segle XXI serà crear una xarxa relacional inclusiva que, recolzant-se en els forts acullí els febles, i magnànima, que permeti la diferenciació i la llibertat personal.

Els humans som éssers socials i ens necessitem els uns als altres per poder donar el millor de nosaltres mateixos. Som relació des del més íntim del nostre ésser, fins i tot des dels nostres gens. Ja fa molts anys que s'ha demostrat⁸ que el nostre genoma desenvolupa uns gens, unes proteïnes i, finalment, unes característiques i conductes d'acord amb l'entorn en el qual interactuem, de la mateixa manera que el nostre cos genera aptitud i respostes creatives per adaptar-se als impactes del món que l'envolta.

La ciència psicològica va descobrir el segle passat la teoria del Víncle⁹ (teoria del aplego o *attachment theory*), que ve a dir que, per a un desenvolupament correcte i equilibrat, el nen necessita una relació de vincle segur des del naixement i, sobretot, durant els primers mesos de vida. I demostra que aquesta capacitat d'interactuar amb l'altre influeix en el creixement harmònic del nen en els aspectes físic, psíquic i social. Aquesta habilitat condicionarà que siguem persones adaptades i lliures o desadaptades i patològiques.

De fet, un dels factors més determinants en el desenvolupament d'un trastorn mental és la quantitat i la qualitat de les nostres relacions interpersonals. Els trastorns mentals es generen en soledat, real o sentida, i es recuperen en societat.

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

6. Organización Mundial de la Salud. (2020, 13 d'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 desembre). Conferencia Vaticano [Comunicat de premsa]. <https://www.vaticannews.va/es.html>

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

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

En psicologia tenim un concepte molt interessant, que són les “carícies”¹⁰. Tots tenim la necessitat bàsica de ser vistos, i reconeguts, i la situació de més dolor emocional, i molt sovint el preàmbul d'una conducta suïcida, és la vivència existencial de “no ser vist”, de “no importar”.

La pandèmia està provocant molt dolor i patiment, però també ens ha despertat la consciència que hem de treballar plegats per tenir un futur. I si podem, un futur millor, més harmònic amb la natura, més sintònic entre les persones i més afable amb el desafortunat.

Com a psiquiatre, observador privilegiat del cantó fosc de les persones, veig amb il·lusió com van sorgint iniciatives enfocades a l'acompanyament del que està sol, del que és invisible i del que s'autoexclou perquè no entén la societat o no se sent ni escoltat ni acceptat. El Telèfon de l'Esperança, Amics de la Gent Gran, el Telèfon de Prevenció del Suïcidi, i tantes d'altres estan fent una ajuda en l'acompanyament al malalt mental tan revolucionària com el descobriment dels psicofàrmacs o la generalització de la psicoteràpia.

Aquest canvi cultural de cuidar el món on vivim, connectar amb l'altre amb el qui convivim, i acceptar amb compassió, com defensa el psicòleg Gilbert¹¹, les nostres circumstàncies internes i externes, és una revolució. El seu resultat facilitarà la qualitat de vida de les persones, tindrem una societat amb menys malalties mentals, on els pacients amb trastorns mentals severes se sentiran més vistos, atesos i acceptats. I això és fonamental per a la millora clínica del pacient.



Ana Freire

Enginyera i doctora en Informàtica. Investigadora i professora lectora a la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona). Directora del Centre d'Estudis sobre Sostenibilitat.

“

A l'era de la digitalització neixen noves vies per estudiar les malalties mentals, adaptades a les noves formes de comunicació de la nostra societat: les xarxes socials.

Intel·ligència artificial i salut mental

La Intel·ligència Artificial (IA), entesa com la capacitat de dotar les màquines de comportament intel·ligent propi d'un ésser humà, s'associava habitualment a una esfera tecnològica la influència de la qual quedava molt lluny de la salut de les persones. Això no obstant, a poc a poc, la societat menys científica ha començat a conèixer sistemes intel·ligents que ens ajuden a assolir la tan desitjada medicina personalitzada, mitjançant l'anàlisi automàtica d'imatge mèdica, el descobriment eficient de nous tractaments i, fins i tot, la cirurgia robòtica.

Ja el 2011, investigadors del NYU Langone Health, centre mèdic acadèmic de Nova York, van concloure que un sistema d'IA era capaç d'identificar nòduls al pulmó entre un 62% i un 97% més ràpidament que un grup de radiòlegs¹. Un estudi més recent, del 2017 aquesta vegada, va comprovar que una tècnica robòtica assistida mitjançant IA reduïa en 5 vegades les complicacions quirúrgiques respecte de quan els cirurgians operaven sols².

Després de la pandèmia de la Covid-19, noves aplicacions d'IA s'han sumat a la recerca de mecanismes de control del virus: des del desenvolupament de models de predicció d'expansió del virus, o la detecció precoç de signes de Covid-19 en imatges mèdiques, fins la disseny de tractaments eficaços i el descart d'experiments qualificats com a no prometedors per la IA. No oblidem que la Intel·ligència Artificial permet automatitzar processos complexos de manera molt eficient, accelerant així la cerca de solucions.

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.

Aquesta pandèmia afecta igualment altres dimensions de l'ésser humà, com és la salut mental. L'Organització Mundial de la Salut va fer públic un estudi on s'alertava de l'increment de la demanda d'atenció als serveis de salut mental, en un moment, justament, on l'accés i la qualitat dels esmentats serveis havia empitjorat³. Les dificultats en l'accés a consultes psicològiques, i també l'estigma que envolta els problemes de salut mental fan que moltes persones no arribin a rebre un diagnòstic.

A l'era de la digitalització neixen noves vies per estudiar les malalties mentals, adaptades a les noves formes de comunicació de la nostra societat: les xarxes socials. Twitter i altres plataformes com Reddit o Instagram han demostrat ser un mitjà eficaç en la detecció de problemes com la depressió⁴ o la ideació suïcida^{5,6} i, fins i tot, per estudiar trastorns de la conducta alimentària (TCA)⁷.

Projecte STOP

El projecte STOP⁸ (Suicide prevention in Social Platforms) analitza les xarxes socials buscant patrons associats a diferents malalties mentals, vigilant especialment el suïcidi. El projecte, dirigit des de la Universitat Pompeu Fabra, ja involucra 6 nodes nacionals i internacionals: el Centre de Visió per Computador de la Universitat Autònoma de Barcelona, l'Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell, la fundació FITA, la Universitat de Lió i la Universitat de la Suïssa Italiana.

Investigadors, psicòlegs i psiquiatres estudien com s'expressen, a les xarxes socials, depressió, les tendències suïcides i els trastorns de la conducta alimentària, que en casos greus, poden derivar en autolesions. Mitjançant l'anàlisi de text, imatge i activitat, poden observar-se, a les xarxes socials, factors pels quals el personal especialitzat pregunta directament a les consultes presencials: si tenen suport social, la qualitat del son, possibles factors de risc, preocupacions recurrents, etc. Aquestes preguntes es resolen, dins l'entorn de les xarxes socials, analitzant si un usuari té moltes conne-

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, novembre). 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, González 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. Rissola, 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 Jun 6; 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, April). 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>

xions, si està actiu durant les hores de son, si comenta o s'interessa per determinats temes. Aquestes i altres característiques esdevenen la porta d'entrada als algorismes d'IA, programats per trobar patrons comuns en usuaris d'alt risc.

Aquest treball ha permès aprendre les característiques diferencials entre els grups “d'alt risc” i “lliure de risc”, per a cadascun dels casos estudiats (depressió, suïcidi i TCA). Algunes d'aquestes característiques són demogràfiques (franja d'edat i sexe més comú entre els usuaris d'alt risc) i d'altres estan relacionades amb els interessos dels usuaris: per exemple, els usuaris amb TCA solen mostrar interès per les dietes estrictes per aprimar-se, per receptes veganes, o per exercicis intensos per obtenir ràpidament una pèrdua de pes.

Aquesta informació va permetre llançar una campanya a Instagram i Facebook adreçada als col·lectius identificats en cadascun dels tres grups estudiats. Aquesta campanya, en col·laboració amb el Telèfon de l'Esperança i el Telèfon de Prevenció del Suïcidi, va consistir en la publicació d'anuncis mitjançant el feed (anuncis estàtics) o stories (històries dinàmiques), que presentaven telèfons d'ajuda actius les 24 hores, als col·lectius amb característiques similars a les que havien destacat els algorismes d'IA en grups de risc.

La campanya va durar 24 dies, al voltant de les dates nadalenques de 2020-2021, i va arribar a 667.655 persones, amb el major nombre d'usuaris l'1 de gener del 2021 (90.993 usuaris). La majoria d'impressions es va adreçar al grup de TCA (va arribar a 545.415 persones), amb els pics d'audiència més alts el 25 de desembre del 2020 i l'1 de gener del 2021, coincidint amb les dates on es realitzen més àpats familiars.

Aquest és un exemple molt clar que la IA, utilitzada de manera responsable, pot repercutir molt positivament en la societat. Aquesta responsabilitat implica que el tractament de dades es faci de manera completament anònima, és a dir, que no sigui possible identificar, amb les dades recopilades, cap compte utilitzat per entrenar els algorismes desenvolupats. És per això que les campanyes publicitàries dels telèfons d'ajuda no es van poder adreçar a usuaris determinats, sinó a grups d'usuaris anònims, el perfil dels quals era similar al perfil trobat pels sistemes intel·ligents. Així doncs, no es va poder controlar que alguns anuncis es mostressin a usuaris que, tot i tenir característiques identificatives d'un grup de risc, no pertanyien a aquest col·lectiu. Per això, sobretot els anuncis presentats en el feed, anaven acompanyats del text *“Algú del teu entorn pot necessitar-ho”*, a fi i efecte que no es tractés d'una campanya intrusiva i, al mateix temps, poder fer-la arribar al major nombre possible de persones.

Tant de bo la IA incrementi el seu ús i esdevingui una eina per comprendre millor determinats problemes socials. Tant de bo la revolució tecnològica serveixi per millorar el benestar de l'ésser humà, sobretot en l'era post-Covid-19.

Anunci tipus utilitzat a la campanya a les xarxes socials

Telèfon de l'Esperança



Anunci tipus utilitzat a la campanya a les xarxes socials

Telèfon de Prevenció del Suïcidi





Maria del Carmen de la Fuente

Directora de la Fundació Migra Studium i coordinadora del Servei Jesuïta a Migrants a Espanya.

“

El moviment és inherent a la condició humana, de manera que quan alguna cosa ens impedeix moure'ns, perdem quelcom essencial i, fins i tot, sentim la nostra existència amenaçada.

Humanitat és moviment

Aquesta afirmació, que ja coneixíem, l'hem poguda confirmar després d'un any marcat per la pandèmia de la Covid-19. D'una banda, per l'extensió del virus per cada racó del planeta sense que res hagi pogut aturar-lo. De l'altra, perquè les mesures de limitació de la mobilitat per intentar frenar la seva propagació, l'obligació de no moure'ns, han provocat un desconcert i un patiment que moltes persones no havíem sentit abans. I en darrer lloc, perquè les conseqüències d'aquesta aturada involuntària i sobtada són d'un abast que encara no podem dimensionar adequadament, del qual és difícil fer-nos càrrec i que afecta tots els nivells (social, polític, econòmic, psicològic...).

Centrant la mirada en el fet de la mobilitat humana, diríem que aquest temps hem constatat allò que la història ja ens havia mostrat: el moviment és inherent a la condició humana, de manera que quan alguna cosa ens impedeix moure'ns, perdem quelcom essencial i, fins i tot, sentim la nostra existència amenaçada. La humanitat ha estat sempre en moviment; de fet, el món que tenim avui és fruit d'una successió de desplaçaments produïts de forma continuada en el temps, fruit dels moviments migratoris. Els grups humans en general, i les persones en particular, han deixat casa seva, els seus llocs d'origen, per establir-se en altres territoris per raons diverses com les relacionades amb la supervivència, el retrobament amb éssers estimats, la millora de les condicions de vida o la cerca d'un futur diferent, els canvis demogràfics, els conflictes, la violència o les persecucions de grups socials o persones. Fins al punt que nosaltres, tots i totes, podem parlar de l'experiència de migrar com a pròpia, ja sigui perquè ho hem viscut en primera persona o perquè ho han fet altres a la nostra família, fa més o menys temps.

1. Portal de Dades Mundials sobre la Migració de l'International Organizations for Migration (OIM) <https://migrationdataportal.org/>

La por és una emoció legítima, però es pot alimentar o desconstruir. Fer una cosa o l'altra possibilitarà construir una societat diferent i permetrà imaginar-nos com un nosaltres o mantenir-nos en el “nosaltres” i “ells”.

Les dades corroboren com, avui, la humanitat segueix en moviment. Al món hi ha 281 milions de migrants internacionals, és a dir, persones que viuen en un país diferent del país d'origen. Aquesta xifra és la més elevada dels darrers anys (tot i que el 2021 s'espera un canvi de tendència causat per la pandèmia de la Covid-19) i suposa el 3,6% de la població mundial¹. De tots els migrants internacionals, el 31% es troba a Europa, el 31% a Àsia, el 26% al continent americà, el 9% a Àfrica i el 3% a Oceania. L'edat mitjana de les persones migrants al món és de 39 anys, el 48% són dones i el 73% es troba en “edat de treballar” (entre els 20 i els 64 anys).

Però si acceptem el moviment com a inherent a la humanitat, si el reconeixem present al llarg de la història, si és una constant que arriba fins als nostres dies i amb vocació de continuïtat, ens sorgeixen algunes preguntes: per què diem que les migracions són un fet rellevant del nostre temps? Per què seguim qüestionant el dret de les persones a moure's? D'on sorgeixen els discursos que associen migracions a amenaça? Per què els estats dediquen tants recursos a evitar-les? Per què tantes persones segueixen morint durant el trajecte migratori? Tot i que no existeix una resposta fàcil i clara per a aquestes preguntes, podem aportar algunes claus que ens permeten apropar-nos a aquestes qüestions i ens ajuden a comprendre per què la mobilitat humana és un repte de la societat actual.

La primera clau és la desigualtat global i té a veure amb l'origen

Vivim en un món desigual, on la distància entre les persones que disposen de més recursos per viure i les que en disposen de menys és cada cop més gran (l'1% més ric de la població posseeix més del doble de riquesa que 6.900 milions de persones)². Aquesta desigualtat té conseqüències, com el fet que la vida en alguns llocs del planeta hagi esdevingut impossible, perquè hem acceptat descartar territoris sencers i amb ells, les persones que els habiten. Es tracta de situacions injustes, donat que en moltes ocasions

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>

la inhabilitat té a veure amb causes externes a la població que hi viu, un exemple clar són els desplaçaments per causes relacionades amb els desastres naturals i el clima, que en l'any 2019 van afectar 24,9 milions de persones³. Al mateix temps, és un canvi climàtic que hem acceptat com a “necessari” o “inevitable” per tal de sostenir els nostres nivells de consum i de vida. És a dir, perquè una part del món pugui viure com vol viure, una altra part no pot viure, i el que és més preocupant, no sembla que hi hagi alternatives ni voluntat per generar un canvi.

Aquesta desigualtat es dona en un món globalitzat on tot circula (els recursos i mercaderies, les persones, la informació) i on tot s'exhibeix. No és una situació que es pugui o es vulgui amagar, ans al contrari, cada cop és més fàcil que les persones des de qualsevol lloc del món tinguin informació instantània del que succeeix en qualsevol altre lloc. I d'aquesta manera està a l'abast de tothom comparar formes i condicions de vida, valorar les oportunitats disponibles i projectar les que podríem tenir en altres llocs. És a dir, és una desigualtat coneguda i reconeguda, tant per a qui la genera com per a qui la pateix.

La segona clau són els murs i té a veure amb el trànsit i l'arribada

En aquest escenari de desigualtat visible i manca d'alternatives, es donen dos moviments: d'una banda la societat “descartada” cerca la forma de canviar la seva situació i sovint, la forma de fer-ho és a través d'iniciar un procés migratori; d'una altra banda, la societat “privilegiada” sent la necessitat de protegir el seu benestar i sovint, la forma de fer-ho és construint murs. Aquests murs prenen formes diverses i són més o menys visibles:

Les tanques i fronteres visibles.

Tenen per objectiu frenar físicament l'entrada de persones en un territori. A Europa tenim un clar exemple en la Frontera Sud, però aquest és un més dels murs que existeixen avui al món i que, de fet, no han deixat de construir-se: en els darrers 30 anys s'han multiplicat per 10 els murs a les fronteres d'arreu del món⁴. La realitat ens diu que aquests murs són incapaços de frenar persones que han pres la decisió de migrar, però també que les obliguen a cercar vies alternatives per poder creuar les fronteres, rutes migratòries sovint controlades per màfies i en les quals es veuen abocades a

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

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.

arriscar la vida (el 2020 les morts en les rutes migratòries cap a Espanya van augmentar un 143% respecte a l'any anterior)⁵.

Les fronteres invisibles.

Les persones que aconsegueixen arribar al seu destí no acaben en aquest punt el seu procés migratori, ans al contrari, continuen trobant-se amb fronteres, que són invisibles, però que dificulten fer real el seu projecte vital. Centrant-nos en el cas d'Espanya (que és semblant al d'altres països) aquestes fronteres prenen forma de normes i lleis que, en lloc de posar al centre la vida, sotmeten les persones a veritables curses d'obstacles per aconseguir quelcom bàsic com exercir els seus drets i gaudir d'una vida digna. El resultat és que aquestes persones viuen abocades a l'exclusió social i a la supervivència, tal com ho indiquen algunes dades del nostre context⁶:

- > Entre la població d'origen migrant que viu a Espanya, i que representa el 16,32% del total de la població, les taxes de risc de pobresa i d'atur de la població d'origen immigrant (59% i 23%) superen les de la població espanyola (23% i 17%).
- > El 75% dels treballadors immigrants realitzen tasques que se situen en la part més baixa de l'estructura ocupacional, en sectors com el treball de les llars i les cures, la construcció, l'hostaleria o l'agricultura (d'altra banda definits com a essencials). Només el 25% estan ocupats en el sector dels serveis de mitjana o altra qualificació.
- > L'11% de les persones immigrants treballen informalment (sense contracte) i el 40% ho fa amb contractes temporals (el doble que en el cas de les persones espanyoles).

La situació s'agreuja per a les persones en situació administrativa irregular, les que acostumem a anomenar "sense documentació" o "sense papers" i que, tot i que a Espanya no existeix cap registre i per tant no sabem quantes són, l'any 2019 es calculava que arribaven a ser entre 390.000 i 470.000 persones⁷. Viure en la irregularitat comporta viure en una desprotecció total, amb la por de ser expulsat i sense recursos econòmics per la impossibilitat d'accedir a un contracte de treball. Aquesta situació és difícil de superar, atès que per fer-ho cal esperar un mínim de tres anys per accedir al procediment anomenat "d'arrelament social", que entre d'altres condicions requereix

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. Col·lectiu Caminando Fronteras. www.caminandofronteras.org

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>

reix que la persona disposi d'una oferta de treball per a un any i a jornada completa (una qüestió que cada cop és més difícil).

La tercera clau és la por i té a veure amb la possibilitat de construir futur

Quan les persones migrants arriben a les ciutats i pobles, ho fan amb les seves idees, patrons culturals, creences i valors. És a dir, les persones que migren no ho fan només amb la seva capacitat de treball, ho fan amb tota la seva vida i també amb la seva història. Això comporta un increment de la diversitat que no sempre és vista com a oportunitat i que pot generar com a resposta la indiferència o el rebuig. Totes dues respostes tenen com a origen la por. La por a qui és diferent, a qui ve de lluny i, en el fons, la por que el “meu món” canviï, a perdre allò que tinc per haver-ho de cedir a qui ve de fora.

La por és una emoció legítima, però es pot alimentar o desconstruir. Fer una cosa o l'altra possibilitarà construir una societat diferent i permetrà imaginar-nos com un nosaltres o mantenir-nos en el “nosaltres” i “ells”. És una qüestió urgent preguntar-se quin és el futur que desitgem. Volem viure tenint por de les persones amb les quals convivim i amb les quals conviurem? Més encara, volem viure tenint por del que som, humanitat en moviment?



Andoni Anseán

President de la Fundació Espanyola per a la Prevenció del Suïcidi, de la Societat Espanyola de Suicidologia i Representant Nacional a Espanya de IASP, Associació Internacional per a la Prevenció del Suïcidi.

“

Existeixen tres nivells de prevenció: universal, selectiva i indicada.

El suïcidi només pot ser previngut o plorat

No sabem per què se suïciden les persones. Tampoc sabem, per exemple, per què es deprimeixen, o per posar un altre exemple, per què tenen càncer. Això no vol dir, però, que no sapiguem com prevenir-ho. Una altra cosa és que ho fem...

Existeixen tres nivells de prevenció: **universal, selectiva i indicada.**

Prevenció universal

La prevenció universal actua sobre factors de risc relacionats amb la societat i l'entorn de les persones, de manera que un factor de risc pot ser un entorn insegur, sigui per l'estabilitat laboral, per l'accés a l'habitatge o als serveis essencials, i amb escassa protecció social i econòmica.

La insalubritat és un altre factor de risc que s'ha tingut en compte des del començament dels temps. Mantenir un entorn salubre davant de malalties o epidèmies és bàsic en qualsevol societat humana, tot i que ara en som més conscients que mai. Si això és tan evident pel que fa a la salut física, també hauria de ser-ho pel que fa a la salut mental. Cal desenvolupar entorns saludables i segurs a nivell emocional, i promoure, des de l'escola, hàbits saludables també per a la salut mental.

A tots dos nivells de salut, física i mental, la despreocupació per la prevenció és un altre factor de risc. Tots sabem la importància, per exemple, de les polítiques de seguretat ciutadana vial, o les polítiques de prevenció de la violència de gènere. Però no existeixen polítiques de prevenció de la conducta suïcida que depenguin dels governs centrals, i les polítiques autonòmiques i locals, quan existeixen, són molt desiguals. Aquesta despreocupació s'es-

tén al mateix coneixement del problema i a la recerca sobre la seva realitat, de manera que les estadístiques solen ser força pobres: per exemple, no existeix cap registre de quantes persones realitzen intents de suïcidi.

Un altre factor de risc és una societat poc informada, o mal informada, respecte de la conducta suïcida (ideació, intents i suïcidis). Efectivament, som molt lluny de conèixer la magnitud i l'impacte epidemiològic d'aquest problema social i de salut pública, i encara més lluny que aquest problema ocupi el lloc que li pertoca a les agendes polítiques, institucionals, socials, sanitàries i mediàtiques. Això es deu, entre d'altres factors, a un obscurantisme i un estigma històricament associats a la conducta suïcida. El repte, per tant, és potenciar un factor de protecció de tipus sociocultural, i disminuir el factor de risc que suposa una societat desinformada i amb prejudicis, que dificulta l'abordatge adequat d'aquest problema per a aquells que més ho necessiten, justament per no ser conscients de l'existència i les dimensions del problema.

Existeix igualment un factor de risc en l'accés a mitjans letals que la prevenció universal pretén limitar, no només al mitjà en si sinó també a informació sobre els esmentats mitjans. Les xarxes socials segures en són un bon exemple.

Veiem, doncs, com els factors de risc determinen el tipus de prevenció i les accions que cal dur a terme per a contrarestar-los.

Sempre en aquest nivell de prevenció universal, cal establir polítiques de seguretat i estabilitat laboral, econòmica i d'habitatge; elaborar plans preventius; dur a terme campanyes de sensibilització ciutadana; introduir la gestió emocional als centres d'ensenyament; promoure, a nivell informatiu, un abordatge correcte de la conducta suïcida als mitjans de comunicació; supervisar continguts prosuïcides a les xarxes socials; introduir elements limitants o dissuasius als punts negres de suïcidis o altres mitjans letals; millorar els sistemes d'informació i recerca, per exemple creant observatoris del suïcidi, etc. En definitiva, caldria promoure societats sanes i segures, també davant del risc suïcida.

Prevenció selectiva

Passa el mateix amb la prevenció selectiva. En aquest cas, però, els factors de risc afecten determinats col·lectius amb més probabilitat de presentar conducta suïcida. Les persones més joves, o més grans; les persones amb problemes de salut mental com la depressió o les addiccions, o amb antecedents familiars de conducta suïcida; professionals o activitats de risc,

com les forces de seguretat, els professionals sanitaris o d'altres amb accés a mitjans letals; les dones, en el cas d'intents de suïcidi, i els homes en el cas de suïcidis consumats; persones amb privació de llibertat; persones que pateixen o han patit abusos, maltractaments o violència domèstica.

En aquests casos, altre cop, cal identificar i contrarestar els factors de risc que caracteritzen cada col·lectiu. Algunes accions que es poden dur a terme en aquest nivell de prevenció selectiva són avaluar i derivar a temps alumnes que pugui presentar aquest risc, avaluar la gent gran als serveis socials, menors en situació de vulnerabilitat social; cal igualment reforçar el triatge de risc suïcida en pacients que van als serveis d'atenció primària; estendre i millorar les cures pal·liatives; disposar de mesures de prevenció estructural i funcional en centres penitenciaris; incorporar la prevenció de risc suïcida a les polítiques de prevenció de riscos laborals; incloure la categoria professional a les estadístiques de defunció, etc.

Prevenció indicada

La prevenció indicada s'adreça a persones que han presentat, en algun moment de la vida, qualsevol tipus de conducta suïcida, des del grau més lleu (ideació de mort) fins al més greu (intent de suïcidi amb danys i seqüeles).

Aquestes persones poden presentar factors de individuals o sociofamiliars. Alguns d'aquests factors de risc poden no ser susceptibles de modificació per part dels professionals, d'altres sí que ho són. Per exemple, no es pot modificar res en factors de risc com l'edat, el sexe, la càrrega genètica, els antecedents de conducta propis o familiars, l'estat civil, la situació laboral o econòmica, la soledat, els maltractaments o els abusos a la infantesa, o la manca de xarxa social, per esmentar-ne alguns.

Altres factors, però, sí que es poden modificar. En els problemes de salut mental, o de consum de substàncies, en el dolor per malalties físiques, en la poc adequada accessibilitat als serveis d'atenció, en l'escassa (sovint nul·la) coordinació entre professionals i dispositius d'ajuda, en la inadequada o insuficient atenció que es dona a persones en risc.

Les accions que es poden fer en aquest nivell de prevenció indicada són moltes: disposar de mecanismes de coordinació entre els diferents sistemes implicats (sanitari, social, educatiu, les forces de primera intervenció); millorar els temps de resposta en l'atenció a persones en risc (de debò que triguem un mes a donar una consulta a salut mental a una persona que ha estat atesa als serveis d'urgències per aquest motiu?) ; crear protocols d'actuació que afectin tots els serveis implicats (quants hospitals del Siste-

ma Nacional de Salut en tenen?); millorar la detecció precoç del risc suïcida (ho fem als centres educatius o d'atenció primària de la salut?); millorar la informació a qui ho presenta i als familiars; millorar o augmentar els serveis que se'ls ofereixen, per exemple, un telèfon d'atenció especialitzat, com el que ha habilitat l'Ajuntament de Barcelona en col·laboració amb la Fundació Ajuda i Esperança, i que es presenta en aquest estudi.

En definitiva, el punt essencial en aquest nivell de prevenció indicada és disposar de professionals i sistemes d'atenció preparats i capacitats. Fem un cop d'ull a veure si de debò ho estan:

- > Al sistema educatiu li manca molt, molt de veritat, per poder detectar el risc suïcida entre els alumnes, i per saber què cal fer, des dels centres d'ensenyament i els seus professionals, amb qui el presenta.
- > El sistema social tampoc no està prou preparat pel que fa a l'abordatge i avaluació del risc suïcida en la població que atenen, tot i que, com ja hem vist, treballen amb un grup de risc força important.
- > Les forces de seguretat són les primeres a presentar-se en un intent de suïcidi, però sabem que els professionals no reben formació de com gestionar aquestes situacions.
- > Quelcom semblant passa amb el cos de bombers. Moltes vegades són els que han d'intervenir per exigència de les condicions de la crisi suïcida (ubicació en alçada, o de difícil accés, per exemple), però tampoc no han estat formats per interactuar amb una persona que es vol llevar la vida; de fet, estan preparats justament per al contrari, per rebre trucades o veure's en situacions on se'ls demana que les salvin, les vides.
- > Dins l'àmbit sanitari, les possibilitats de millora són més que evidents:

En molts serveis autonòmics de salut, ni tan sols existeixen psicòlegs als serveis d'emergències, i la formació de la resta de professionals d'aquests serveis no inclou la intervenció telefònica o in situ en crisis suïcides. No cal dir que aquest punt és clau per poder evitar un intent de suïcidi, o una mort.

L'atenció primària de salut no avalua prou el risc suïcida, a causa, entre d'altres raons, d'una conscienciació i capacitació insuficients dels seus professionals davant d'aquest problema.

Quelcom semblant passa als serveis d'urgències, a les unitats d'hospitalització i als centres d'atenció ambulatoria de salut mental. Manca l'hàbit de

detecció i valoració periòdica del risc suïcida, en part també per una sensibilització i preparació insuficient.

És molt important disposar de codis o alertes de risc de suïcidi, que organitzin el procés assistencial a les persones que el presenten, des de la detecció fins al seguiment, passant per tot el procés d'intervenció i incloent. Igualment, als familiars i persones properes, que no sempre es tenen en compte com els grans col·laboradors i factors de protecció que representen.

A part de millorar les actuals mancances en la preparació i capacitat de professionals, tots aquests sistemes haurien d'estar interconnectats i organitzats per poder oferir una resposta ràpida, coordinada i conjunta. En una paraula: fer possible que es disposi de professionals i sistemes d'atenció preparats i capacitats.

Hem vist fins aquí en què consisteix la prevenció de la conducta suïcida en els tres nivells, universal, selectiva i indicada, per aclarir què es pot fer a cada nivell i el recorregut que encara resta per fer.

Postvenció

Fins i tot després d'una defunció per suïcidi podem seguir fent prevenció. Amb l'entorn proper, amb les persones conegudes com a "supervivents" del suïcidi d'un ésser estimat. A l'atenció adreçada a aquestes persones l'anomenem postvenció. Tota postvenció, però, també és preventiva, de tipus selectiu, sobretot en aquells membres més vulnerables.

Cal insistir, per tant, en la importància vital (mai millor dit) de la prevenció, i cal igualment insistir en el fet que el suïcidi només pot ser o previngut o plorat. Fem possible el primer punt, perquè a ningú no li calgui passar pel segon.



Francisco Villar Cabeza

Psicòleg Clínic.
Coordinador del
programa d'atenció
a la conducta suïcida
en la infantesa i
l'adolescència,
Hospital Sant Joan
de Déu de Barcelona.
Membre del grup
assessor del Telèfon
de Prevenció del
Suïcidi i del Grup de
Treball en Prevenció
del Suïcidi i Joves-
Direcció General de
Joventut.

“

Una iniciativa
social amb
suport
institucional
que implica
un canvi molt
encertat en la
consideració
del suïcidi.

Cap a una xarxa integral de prevenció del suïcidi

El Telèfon de Prevenció del Suïcidi (TPS), que va posar en marxa la Fundació Ajuda i Esperança el mes d'agost del 2020, en conveni amb l'Ajuntament de Barcelona, suposa la creació d'un espai que ofereix acompanyament i resolució de les crisis suïcides les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any. És la millor acció de prevenció del suïcidi empresa els darrers anys, per moltes raons, i és comparable a la implantació del Codi Risc Suïcidi (CRS).

El primer element a destacar és que es tracta d'una acció directa que suposa un canvi tangible respecte de la situació prèvia. En la prevenció de la mort per suïcidi, les idees pel que fa a la implantació d'estratègies són tan essencials com els plans i els propòsits; la implantació d'una acció, però, el fet que, a partir del dia de la seva posada en marxa la ciutadania compti amb un número de telèfon on serà atesa per un equip de voluntaris experts, de persones formades específicament en l'acompanyament en les crisis suïcides, és veritablement remarcable.

Un altre element destacable consisteix en el fet que el TPS és una iniciativa liderada i promoguda des de fora dels serveis de salut, una iniciativa social amb suport institucional que implica un canvi molt encertat en la consideració del suïcidi; una primera iniciativa que hauria d'inspirar amb l'exemple d'altres entitats. Des dels serveis de salut s'han realitzat esforços molt importants per atendre una realitat tan dramàtica com el suïcidi, però en el compliment d'aquest compromís s'han pogut afavorir conclusions errònies que, en molts casos, han descoratjat iniciatives fora de l'empara dels serveis de salut.

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.

Qualsevol intent de suïcidi està íntimament relacionat amb el dolor i el patiment, els factors de risc relacionats amb el suïcidi (trastorns mentals, adversitats en la infantesa, *bullying*, *mobbing*, diferents formes de maltractament i abusos sexuals, dols, atur, privació de llibertat, etc.) suposen llistes molt llargues de situacions particulars generadores de patiment i, entre elles, es troben els trastorns mentals.

En aquest sentit, mentre que dins la població general s'estima que entre un 4 i un 8% d'individus realitzen un intent de suïcidi durant l'adolescència¹, el percentatge augmenta fins a un 20 i un 47% en presència de psicopatologies². Acceptar aquestes xifres no hauria d'implacar assumir com a certes afirmacions com que el 90% de les persones que realitzen un intent de suïcidi pateixen un trastorn mental. Són afirmacions que no s'ajusten a la realitat, a part de ser especialment incorrectes entre la població adolescent i, a sobre, orienten la feina de psiquiatres i psicòlegs cap a l'alleujament dels símptomes, com per exemple la depressió. Al mateix temps, descoratgen la implicació d'altres entitats, atès que els trastorns mentals es tracten als serveis de salut mental. Algunes de les conseqüències d'aquesta visió reduccionista es tradueixen en un abandonament prematur dels tractaments, i s'estima que entre el 30% i el 50% dels adolescents amb conductes suïcides no s'adhereixen a les recomanacions de tractament³.

La predicció de futurs pensaments i conductes suïcides és difícil i complexa⁴. En el suïcidi és més senzill prevenir que predir, per això, si parlem de factors de protecció, de factors que ajuden a prevenir el suïcidi, el que s'ha evidenciat és que tots són de caràcter psicosocial, transversals i certs, amb independència d'aspectes culturals. El principal factor protector per al suïcidi és una bona comunicació amb els membres de la família, la participació en les activitats familiars, disposar d'un ambient familiar, d'amistat i escolar de comprensió i suport⁵.

Els professionals de salut mental, conscients de la importància de la vinculació dels adolescents vulnerables a activitats que fomentin el vincle, la sensació de pertinença, de participar, de ser útils, intentem promoure'ls una certa curiositat i interès per començar alguna activitat, per exemple, esportiva. I ens trobem que, sovint, l'orientació al rendiment d'una gran majoria d'elles,

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 suïcidi no és una malaltia, i, per a la seva prevenció, sobre tot quan parlem de la prevenció universal, tots som imprescindibles i tots hauríem de sentir-nos interpel·lats.

la competitivitat, l'ímpetu dels iguals, tornen a generar una nova sensació de fracàs de vinculació en adolescents vulnerables. D'altra banda, les associacions juvenils, que tant poden fer a favor del sentiment de pertinença entre els joves, acullen els adolescents i joves més motivats, aquells, justament, que no els cal aquesta empenyeta inicial. El suïcidi no és una malaltia i, per a la seva prevenció, sobretot quan parlem de la prevenció universal, tots som imprescindibles i tots hauríem de sentir-nos interpel·lats.

Una xarxa integral de prevenció del suïcidi ha d'implicar el desenvolupament d'estratègies i accions concretes, amb l'objectiu d'afavorir la col·laboració, el treball i el suport mutu entre institucions, de manera que s'estimuli el plantejament de nous objectius específics per a la prevenció de la mort per suïcidi.

Perquè una acció sigui útil cal que s'insereixi dins la xarxa que pretén reforçar. És imprescindible que cada un dels fils que s'hi incorporin en faci més estrets els forats, a fi i efecte d'aconseguir que en quedin fora el menor nombre possible de persones. I per assolir aquest objectiu és absolutament necessari no duplicar accions, sinó coordinar-les.

Des del Telèfon de Prevenció del Suïcidi (TPS), per garantir la no-duplictat, s'ha liderat l'acció en absoluta coordinació amb molts dels agents implicats en primera persona en l'acompanyament, cura i tractament de les persones en risc de morir per suïcidi. S'ha comptat amb l'assessorament de professionals rellevants en la gestió de recursos, però també i sobretot, amb professionals de primera línia dels hospitals i centres comunitaris de referència en l'abordatge de la conducta suïcida, així com amb l'assessorament d'associacions de familiars. Això ha promogut i afavorit accions reals que reforcen les fissures del sistema. Tot seguit s'esmenten algunes d'aquestes accions:

- > S'estima que, dels adolescents i adults joves amb ideació suïcida, plans o temptatives, només el 28,3% cerquen ajuda als serveis de salut mental⁶. La posada en marxa del TPS incorpora una línia més àgil, immediata i accessible que els serveis de salut mental per a

6. Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner Jr, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization

l'orientació en una crisi suïcida, sobretot per a adolescents. Un adolescent de 15 anys que necessita parlar amb un psicòleg ha de demanar-ho als seus pares, i la primera pregunta dels pares gairebé mai és “quan vols anar-hi?”, sinó “què et passa?”. Aquesta resposta, sens dubte benintencionada en la majoria de casos, sovint suposa el primer impediment per aconseguir ajuda. Un cop superat aquest primer pas, cal demanar hora per al metge de capçalera o metge de família, i justificar la necessitat de fer una derivació a salut mental, amb el consegüent temps d'espera fins a obtenir la primera visita. Aquest retard en l'accés, en l'agilitat de la resposta, sovint acaba significat la resolució espontània de la situació o de la crisi, però també moltes vegades contribueix justament al contrari, a un agreujament de la situació i a una desafecció respecte dels serveis de salut per la inaccessibilitat, culpant-los, injustament, del possible empitjorament.

- > El TPS, precisament, pot contribuir a reforçar aquest accés i a facilitar el vincle i l'adherència als serveis de salut mental, afavorint la seguretat de la persona durant el procés d'espera. Per exemple, la restricció de l'accés a mètodes letals està considerada per qualsevol guia de pràctica clínica i per la mateixa Organització Mundial de la Salut (OMS) com la mesura més eficaç de prevenció del suïcidí. El 90% dels intents de suïcidí dins el nostre ambient sociocultural es realitzen mitjançant intoxicacions farmacològiques. Aconsellar un familiar d'una persona en crisi suïcida que restringeixi l'accés de la persona en crisi als fàrmacs garanteix la seguretat del pacient, tant se val qui ho aconselli.
- > Aquesta millora de l'accessibilitat i l'aspecte més amical permeten també impulsar, des del TPS, accions de rescat de la persona que està en un suïcidí en curs, alertant directament el SEM (Sistema d'Emergències Mèdiques).
- > De la mateixa manera que el TPS afavoreix l'accés dels pacients als serveis de salut mental, també contribueix a afavorir la seva seguretat després d'una crisi, oferint un suport addicional als serveis de salut. En el decurs d'una crisi vital es poden tenir diverses crisis suïcides. S'estima que entre el 36% i el 42% dels adolescents que realitzen un intent de suïcidí el tornaran a repetir en els dos anys posteriors

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 the World Health Organization*, 86, 703-709.

al primer intent⁷. El WHO BIC (briefintervention and contact)⁸ és un programa de prevenció amb una evidència més gran en la reducció del suïcidi que tractaments psicològics com la Teràpia Cognitiva Conductual o tractaments mèdics com el Liti⁹. El WHO BIC consisteix en una intervenció d'una hora amb 9 contactes (presencials o telefònics) programats en els següents 18 mesos. En prevenció del suïcidi tan important és una primera intervenció en la resolució de la crisi com un seguiment proactiu posterior. Per això, la resolució de qualsevol crisi suïcida ha d'anar acompanyada de l'elaboració d'un pla de crisi i de seguretat, que cal mantenir vigents mentre la crisi vital perduri. En aquest pla de crisi, la persona ha d'elaborar (i comprometre's a seguir) una sèrie de diferents accions adaptatives a realitzar davant d'un intent de suïcidi. Des de la seva posada en marxa, la trucada al TPS s'incorpora com un dels passos adequats a seguir en cas de crisi suïcida. Per tant, fins i tot per a pacients vinculats als serveis de salut mental, el TPS pot tenir un paper important durant les hores en les quals els centres estan tancats, com ara les nits o els caps de setmana, i pot ser un pas previ abans d'anar als serveis d'urgències dels hospitals, sobretot si es tracta de crisis resolubles. D'aquesta manera, s'aconsegueix igualment no carregar els serveis d'urgències.

- > Una altra manera d'impactar en la millora de la seguretat de la persona en crisi és oferir suport i orientació als familiars. La Youth-Nominated Support Team (YST), és una intervenció amb molt bons resultats en la reducció d'intents de suïcidi¹⁰, i consisteix a oferir suport als adults que l'adolescent ha seleccionat com els seus referents. Els orientadors d'aquests adults no tenen cap contacte amb l'adolescent, ajuden a ajudar, orienten el qui ajuda. El TPS ofereix també aquesta orientació als familiars de persones en crisi, ajudant-los a ajudar i orientant-los per a la resolució de la crisi.
- > La mateixa creació del TPS significa un avanç pel que fa a la visibilització d'una problemàtica tan sensible com és el suïcidi, és una acció que permet trencar l'estigma i el tabú que han envoltat el suïcidi durant massa anys. Posar en marxa un servei d'ajuda a una realitat la fa veritablement real, i la visibilitza de la millor manera possible, oferint vies d'ajuda.

9. Riblet, N. B., Shiner, B., Young-Xu, Y., & Watts, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: 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 creació del Comitè Assessor del TPS ens ha permès, als professionals de primera línia en dispositius de salut, compartir la nostra experiència amb els voluntaris i participar de manera directa en la seva formació, augmentant així la sensació de complicitat i col·laboració davant d'un repte tan important.

La posada en marxa del TPS ha afavorit les accions que hem esmentat, però també ha significat assumir els reptes pendents. D'una banda, s'ha implantat el TPS a les Taules de Salut Mental dels diferents districtes de la ciutat de Barcelona, a fi i efecte d'afavorir que el recurs sigui conegut pels professionals de la salut en general, i per les entitats que treballen en la prevenció del suïcidi.

I d'altra banda, s'ha comprovat la necessitat d'augmentar les xarxes de relació amb totes les entitats socials i d'educació que, sabent-ho o sense saber-ho, estan fent una feina extraordinària en la prevenció del suïcidi. Parlem, per descomptat, dels EAPS (Equip d'Atenció Psicosocial) i de les escoles, però també d'entitats socials i de benestar, prelaborals, etc. En aquest sentit, seria molt útil disposar d'un Codi Risc Suïcidi Social (CRSS) que reunís entitats amb els recursos i la sensibilització necessàries per oferir suport i oportunitat de participació a persones en risc de suïcidi. De la mateixa manera que en activar el Codi Risc Suïcidi (CRS) de salut es realitza una vinculació urgent a la xarxa de salut mental, en activar el CRSS es realitzaria una vinculació preferent a les entitats, properes al domicili de la persona, capaces d'afavorir i millorar la participació de les persones a la comunitat. Tot això, evidentment, només seria el pas previ per assolir un altre gran repte: implementar aquesta xarxa dins la xarxa, tots els avenços que aconseguim en el món real hauran de tenir la seva implantació a internet, un món cada cop més real, almenys en les seves conseqüències.



Héctor Grijalva

Metge neuròleg i psicoterapeuta. Catedràtic universitari de Mèxic, Espanya, Argentina, Xile i Panamà. Fundador d'“Agua Clara”, de la Clínica Universitària “La Concordia” i de “Casa de Vida”.

“

Els conflictes passionals, les disputes familiars, els cataclismes socials i polítics han estat molt diversos al llarg de les diverses eres i cultures de la civilització. I en totes ha existit el suïcidi.

La problemàtica de la prevenció del suïcidi, experiències i reflexions

El suïcidi és un misteri. És un acte personal, propi d'una gran individualitat, comès per un ésser humà contra si mateix; tot i així, la repercussió d'aquest acte és d'un enorme impacte emocional en la família, els amics, els éssers pròxims i en tota la societat.

La història ens demostra que aquest comportament ha acompanyat la humanitat des dels inicis més remots i amb això ens adonem que les causes no poden ser úniques. Els conflictes passionals, les disputes familiars, els cataclismes socials i polítics han estat molt diversos al llarg de les diverses eres i cultures de la civilització. I en totes ha existit el suïcidi.

Resulta tan inexplicable que, des del camperol més humil fins a l'acadèmic més culte, n'han cercat precisament això, una explicació.

Per descomptat que no ha faltat qui assegurí que aquesta acció està marcada pel destí, per les inevitables lleis de l'arcà; que són profecies que es compleixen o malediccions que es realitzen. I són, per tant, inevitables.

Feliçment, l'home no s'ha resignat mai al dolor, a la malaltia ni a la mort. D'ençà del dia que es va dreçar i va començar a caminar sobre la faç de la terra ha sabut que els seus dies estan comptats, que hi ha una línia final, un tancament de cicle i tot i així, ha cercat d'evadir-lo.

La decisió d'una persona d'ocasionar-se la mort per mà pròpia és inadmissible per als qui l'envolten perquè atempta en contra de l'instint més sagrat, el de la conservació de la vida.

Això ens porta a qüestionaments existencials.

És evitable el suïcidi?

Sí que ho és. L'experiència així ho ha demostrat. És impossible saber quan van començar les conductes d'un familiar o amic per impedir que un ésser estimat es llevés la vida. Però el més natural és que des de l'alba de la humanitat, quan una persona en veia una altra intentant autodestruir-se, intervingués per evitar-ho.

Actualment, arreu del món existeixen organitzacions, grups i institucions dedicades a prevenir el suïcidi i els èxits que han obtingut n'estimulen la creació d'altres.

Les vivències ens ho confirmen, el suïcidi és prevenible.

Quines són les estratègies per a la prevenció del suïcidi?

Va ser la Medicina la que va començar a realitzar funcions per evitar el dany, ja fos adquirit o autoprovocat. I des de fa segles ja es van establir tres nivells de prevenció. Descriurem tot seguit les etapes d'evitació adequades al suïcidi.

Prevenció Primària.

És la informació. Es realitza mitjançant campanyes en què s'adverteix del risc, es notifiquen els centres d'atenció, s'ofereix ajuda personal o professional, s'identifiquen els signes d'alerta i es convida a conservar la vida. Pot fer-se mitjançant cartells, espais a la ràdio, la televisió i les xarxes socials. És difícil mesurar-ne l'impacte i abast. Pot ser efectuat per professionals de la publicitat, de la comunicació o per grups filantròpics, clubs de servei i en general per tota persona que tingui la motivació suficient encara que no sigui professional de la salut.

Prevenció Secundària.

També són campanyes d'informació però realitzades davant de grups humans. Es fan a través de conferències, reunions, tallers, xerrades informatives a escoles, centres de treball, hospitals, agrupacions d'obriers, clubs civils. Tenen un gran valor quan s'efectuen en llocs d'alt risc, com en barris marginals, àrees urbanes de baix nivell socioeconòmic, alta criminalitat o zones conflictives.

Prevenió Terciària.

És la intervenció directa. Consisteix a establir contacte directe i personal amb el presuïcida. Pot fer-se mitjançant una trucada telefònica, una cita al consultori del professional de la salut o una conversa amb un amic, familiar o fins i tot un estrany que no sigui professional de la salut mental.

Prevenió Integral.

L'ideal és que els tres nivells de prevenió tinguin unitat estructural. Poden ser realitzats tots tres per una mateixa institució, per exemple el Ministeri de Salut o la Direcció de Salut Mental. Pot fer-ho també una agrupació civil, religiosa o acadèmica. En el cas que els tres nivells siguin efectuats per instàncies diferents, aleshores és aconsellable que es coneguin, col·laborin i es donin suport mutu.

La prevenió del suïcidi per via telefònica. És útil?

Sí. És una de les millors maneres de prevenir el suïcidi, ja que mitjançant la via telefònica es pot complir amb la Prevenió Secundària i la Prevenió Terciària.

Avantatges de la prevenió del suïcidi per via telefònica:

- > La persona en conflicte pot sol·licitar ajuda en qualsevol moment, qualsevol dia i a qualsevol hora. Per aquest mitjà rebrà el suport, just quan ho necessita.
- > Hi ha un gran avantatge en rebre ajuda telefònica ja que la persona en crisi pot rebre l'assistència des de casa, la feina o qualsevol indret on es trobi, sense necessitat de desplaçar-se fins a un hospital o centre de salut.
- > En demanar ajuda per via telefònica pot sentir-se en confiança, perquè no veu la persona que l'assisteix. Moltes persones se senten cohibides quan expressen les emocions o narren els conflictes personals i d'aquesta manera en parlar amb algú a qui no coneixen i no veuen, poden sentir-se amb una més gran llibertat.
- > Acudir a buscar auxili quan es té ideació suïcida implica desplaçaments, suspendre feines i potser despeses de pagament d'una consulta professional. En fer-ho per via telefònica s'obté tranquil·litat de rebre suport sense cap cost.
- > Quan la persona està en demanda d'atenció i de ser escoltada, una trucada de telèfon li garanteix que tindrà prou temps per expressar tot el que requereixi.

Problemàtica de la prevenció del suïcidi per via telefònica:

Anomenarem la persona que busca ajuda “el Sol·licitant” i a qui li ofereix el suport li direm “l'Assistent”

- > El Sol·licitant pot sentir desconfiança d'explicar els seus problemes íntims a una persona que no coneix ni veu.
- > El Sol·licitant pot estar en crisi d'angoixa severa, profunda depressió o fins i tot en brot psicòtic i per aquest motiu pot no ser gaire clara en el moment de descriure la seva situació. I potser necessita assistència mèdica de manera urgent.
- > Hi ha persones que tenen un canal d'expressió molt visual o cines-tèsic. Diuen molt amb gestos, llenguatge corporal o fins i tot els agrada dibuixar o escriure. I per això, al telèfon, el Sol·licitant podria sentir-se incòmode o limitat.
- > D'altra banda, hi ha persones amb un canal perceptual verbal, amb un llenguatge abundant i dispers. Com que tenen l'escolta garantida, pot passar que el Sol·licitant parli massa, narri múltiples anècdotes sense cap mena de relació i s'extravii cap a altres temes.
- > L'Assistent pot tenir dificultat a l'hora de controlar el llenguatge amb molta verborrea d'una persona molt verbal. Cal que aprengui fórmules per interrompre'l i aturar-lo sense ofendre'l.
- > És possible que l'Assistent també empri el llenguatge visual i cines-tèsic i tingui dificultat per comprendre el conflicte del Sol·licitant perquè no li veu les expressions facials ni el llenguatge corporal.
- > L'Assistent rebrà la queixa, el dolor, l'angoixa i el procés conflictiu que li ha descrit el Sol·licitant. Li oferirà assessorament de la millor manera, però és possible que alguns dels problemes que se li expliquin s'assemblin als seus i li reactivin situacions no resoltes. És possible, aleshores, que l'Assistent entri en angonya.
- > En certes ocasions, el Sol·licitant interromp bruscament la comunicació, per la seva problemàtica personal. O pot passar que li digui a l'Assistent que no vol continuar sentint-lo perquè no li agrada el que li està dient, perquè no li serveix o perquè no és el que volia sentir. I això pot provocar que l'Assistent entri en frustració o sentiment d'incompetència.

Estratègies per conduir la trucada telefònica i oferir un millor auxili. El Triangle de Karpman en el suïcidi

El suïcida com a víctima

Aquest és el rol tradicional, la persona es mata perquè no pot més amb el seu patiment. Algú o alguna cosa li ha causat l'infortuni i l'ha fet víctima de la seva maldat. L'autohomicida és el treballador injustament despatxat per un patró sense ànima, l'amant bo abandonat per la dona maleïda, el fill incomprès per uns pares exigents, l'empresari que ha perdut la fortuna per culpa de la borsa de valors, l'alcohòlic o addicte que es mata no pel seu vici sinó per la incomprensió de la societat, l'artista sublim que no ha estat entès pel seu antiquat i obsolet món cultural. El suïcida víctima no se sent mai culpable o responsable. Sempre troba algú a qui atribuir la seva desgràcia.

En les Categories Diagnòstiques de Jeffrey Zeig, seria un extrapunitiu perquè algú, que no és ell, sempre serà el culpable. Serà exterioritzat, perquè les causes dels seus problemes sempre les atribueix al que li fan, al que li passa o al que l'ambient li provoca. Sol ser un gran amplificador, ja que la seva vida la veu i la viu com una tragèdia. I pel que fa a la percepció de drama que el condueix a intentar el suïcidi, pot ser focalitzat, com quan acusa una persona de la seva mort. O també pot ser difús, quan culpa el món, la pobresa, la seva depressió.

Les notes pòstumes són llegats de victimització. El mort sol deixar un text incriminatori on acusa directament "algú o alguna cosa" com la raó per la qual s'ha matat.

Són comunes les cartes en què es reclama l'amant per haver-lo abandonat, el món per la injustícia o la societat per la pobresa.

A la nostra ciutat, l'any 2013 es va suïcidar un policia i va deixar una carta acusant dos caps superiors per maltractaments i discriminació laboral. Tot i que la família i companys de feina van aportar proves suficients de la seva inestabilitat emocional, es va haver de fer una investigació judicial per aclarir responsabilitats, amb el conseqüent escarni social per als acusats i el descàndid per al Departament de Policia.

Una noia que treballava en una joieria decideix posar fi a la relació amb el noi de 22 anys amb qui sortia i li diu que és pel seu alcoholisme, per la incapacitat per trobar feina i perquè la tractava de manera violenta. Passats dos anys ella es casa amb un altre noi i l'abandonat continua bevent i sense feina, se suïcida penjant-se en una reixa a prop de casa d'ella, després d'haver-li enviat un disc amb la cançó de Juan Valentín que diu:

*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 majoria de suïcidis no passen com un acte espontani. Hi sol haver una ideació llargament meditada i el mateix moment del suïcidi ha estat acuradament pensat i dissenyat. Fins i tot en els casos en què sembla senzill com penjar-se o prendre's una sobredosi de medicaments. S'ha preparat des de molt temps enrere. Aquest patiment reiterat és de víctima. El suïcida triga dies, mesos o anys a crear el seu rol de víctima. Es convenç a si mateix que sent víctima no té cap més solució que ser-ho fins al darrer dia i per això ho precipita. Escull acuradament el seu victimari, perquè tots els supervivents ho sàpiguen, per això deixa la carta. I quan no deixa nota, sempre s'haurà pres la molèstia d'advertir a les persones properes, siguin familiars, amics o companys de feina, que algú o alguna cosa l'amenaçava.

És freqüent que quan ocorre un suïcidi, al lloc dels fets arribin primer els periodistes i després els pèrits forenses. Quan han arribat els experts, els reporters ja han entrevistat els parents i els han fet la pregunta obligada. "Per què s'ha matat el seu familiar?" Amb freqüència inusitada els interrogats responen: "No ho sabem, no ens ho expliquem. No tenia cap motiu per fer-ho." Però durant l'autòpsia psicològica trobem que el desaparegut havia enviat grans quantitats de missatges subliminals i alguns de molt clars. Com ara: "Ja no sé per què viure, a mi ningú no m'estima, jo no serveixo per a res, no sé què hi faig, aquí"..., i moltes altres expressions similars, que provocaven sensació de compassió i movien a oferir-li ajuda primer, després, empipaven i finalment acabaven per ignorar-lo. Amb això confirmava el seu rol de víctima i aleshores prenia la decisió. Una mena de reclam: "Ho veieu com jo tenia raó?"

El suïcida com a victimari

La Dra. Hilda Marchiori, reconeguda criminòloga i victimòloga argentina i mexicana, és responsable de la publicació de la revista anual *Victimología*, que edita la Universitat Nacional de Córdoba. Hilda em va convidar gentilment a col·laborar en el número corresponent al 2004. L'article es deia "Análisis de la nota póstuma del suïcida" i vam revisar alguns textos deixats com a missatge a familiars i autoritats per part dels qui s'havien suïcidat. La conclusió final va ser que en molts casos la carta del mort era un reclam.

Tot i que el to sol ser humil i exculpatori, en el fons expressa rancor, ressentiment i fins i tot desitjos de venjança. En no poques ocasions inclouen malediccions o profecies fatals.

La conegudíssima frase “no culpeu a ningú de la meva mort” pot ser una fórmula protocol·lària, més dictada per la tradició i la novel·lística que no pas pel sentiment real. Ja que en realitat el suïcida que decideix deixar una nota, és precisament perquè vol culpar algú i que es coneguin els motius de la seva mort. Barrejades entre línies d'amor i agraïment, hi trobem expressions d'exigència i ràbia.

El suïcida aleshores es converteix en agressor amb un alt grau d'impunitat, ja que no hi ha manera de respondre al dany que deixa. Els familiars i amics hauran de carregar per sempre amb el seu ressentiment, perquè ja no hi haurà manera de rescabalar-li l'ofensa.

De vegades els textos són cartes d'amor. Els familiars, amics o persones suposadament estimades poden arribar a confondre's greument. L'estudi de les ratlles escrites revela que entre les expressions d'amor s'amaga un gran ressentiment, odi o venjança. En ocasions l'escrit és tan poètic que ningú s'adona que oculta sentiments destructius.

Un jove de 14 anys, paleta d'ofici, vivia amb els seus germans més grans i tenia la mare que vivia en una ciutat més lluny. Es va penjar en un arbre proper a casa seva i va deixar una nota que deia: “Mare estimada, t'adoro, t'estimo, ets el millor de la meva vida. Perdona'm pel que faré però és ja no puc més. Només tres coses he estimat en vida, que estiguessis orgullosa de mi, estudiar i ser algú a la vida. Com que no ho he aconseguit, val més que marxi. Aquí es queden els meus germans, a veure si ells poden donar-te el que jo no he sabut... mare estimada, t'adoro.” Aquesta nota conté la disculpa, el missatge d'amor i l'atribució de responsabilitat per l'acte. Però, fent una anàlisi de discurs, hi trobem un clar reclam. Un jove de tot just 14 anys que diu a la seva mare que no ha aconseguit que ella se senti orgullosa i que està frustrat perquè no ha arribat a les tres metes que qualsevol noi normal tot just inicia. Conclou deixant als seus germans la responsabilitat de complir aquesta tasca.

Tot i que la nota sembla exculpària i intrapunitiva, en realitat culpa la mare de la seva mala vida i deixa als seus germans la tasca de carregar amb el que ell no ha pogut.

Un treballador alcohòlic amb feina fixa, esposa i dos fills es va penjar al pati de casa seva. La nota pòstuma deia: “...Laura, perdona'm, tu no en tens la culpa... estimo la Jenny però mai m'he atrevit a dir-l'hi, no puc viure amb

aquest dolor... Laura, em vaig casar amb tu sense estimar-te... sempre l'he estimat a ella." En una nota tan breu, s'hi enclou una tragèdia. Un home que només mitjançant la mort s'anima a dir-li a la seva dona que no l'estima i li deixa l'amargura de dir-li que ho fa per una altra dona. Per acabar-ho d'adobar, confessa que a l'altra estimada, no l'hi ha dit mai. Hi haurà ara dues dones que se sentiran involucrades i culpables o avergonyides, sense haver participat directament en la decisió fatal.

Un home de 24 anys es va penjar en una casa on vivia sol perquè estava separat de la seva dona. Prèviament, s'havia ferit en tots dos canells i amb la sang havia escrit a les quatre parets: "...Martha, t'estimo, ets el tot...", "...jo soc el culpable de tot..." Encara que en dues de les parets es podia llegir frases alliberadores com "t'estimo" i "jo soc el culpable", en realitat el missatge és agressiu per a la seva dona, a la qual culpa perquè "...no soc prou home per a tu i no puc amb tu..." Li està recriminant que és molt exigent i que no la pot satisfer. Aleshores ella és la veritable culpable de la seva mort. Per l'atribució del dany a la dona, el missatge és agressiu, el suïcida acaba sent victimari perquè la dona haurà de carregar la culpa la resta dels seus dies. El mort ha omès dir que la raó per la qual la dona l'havia abandonat era perquè ell era un borratxo, li pegava i no treballava.

Sovint la conducta violenta va més enllà, quan el suïcida, després de mort, continuarà ocasionant danys.

Un home de 38 anys havia tingut un accident de feina en què havia perdut totes dues mans. Com sol passar en aquests casos, la Seguretat Social li va atorgar la pensió completa. Amb tot, l'individu va utilitzar el seu defecte físic per convertir-se en un pidolaire. En un xamfrà entre dues avingudes molt freqüentades de la ciutat demanava diners sostenint una gorra amb els seus monyons. Passats cinc anys de veure'l en aquesta situació, els ciutadans ens vam assabentar per la premsa que la seva dona s'havia suïcidat penjant-se. A la nota de comiat l'acusava de ser un maltractador. Es queixava que li pegava, no li donava prou diners i a més no havia acceptat planificar la família, de manera que tenien sis fills. La notícia va deixar tothom consternat. La societat es preguntava com havia estat capaç de pegar-li si no tenia mans. Dos mesos després ell també es va penjar. D'alguna manera se les va empescar per para el llaç i penjar-se. Més impressionant va ser que deixés escrita una nota pòstuma. Hi deixava els seus sis fills repartits: a cadascun dels seus germans els deixava dos fills. El to del text era planyívol i querulant. Però al capdavant, el suïcida era un gran danyós, primer havia lesionat una societat fent-se passar per indigent quan rebia una pensió, pegava a la seva dona i per postres deixava a càrrec dels seus germans els seus fills, fent-los responsables de la seva educació, alimentació i futur.

Un policia casat i amb fills va començar una relació sentimental amb una companya del cos. Ella també estava casada, però el seu marit vivia i treballava als Estats Units. La relació va durar dos anys i el lloc on se citaven era a casa d'ella. Cert dia, la dona avisa el company que el marit ha tornat i que per tant el seu idil·li ha d'acabar. Ell, però, insisteix que continuïn com fins llavors i ells reiteradament s'hi nega. Un dia, quan la dona està treballant, l'amant, que tenia la clau de casa, hi entra, es fica dins del llit matrimonial i amb l'arma es dispara un tret al cor. És fàcil imaginar l'enorme dany que va causar a diverses persones. A la seva dona i fills, que es van assabentar d'aquesta manera tan tràgica que el seu marit i pare havia mantingut aquesta relació il·lícita. A l'amant, que va haver d'explicar què hi feia, el cadàver d'aquell home, al seu llit, i al marit, que tot just acabava d'arribar per reincorporar-se a la seva vida familiar i es va trobar que era enganyat i burlat pel seductor, que fins i tot li havia gastat una broma molt pesada.

Concloem aleshores que el suïcida en el seu últim avís deixa un missatge perquè el destinatari se senti culpable i per això pateixi tota la vida. Frases com: *"...ja que no m'has estimat..."*, *"...vist que no t'importo..."*

També sol deixar exigències per complir com: *"...cuideu la meua mare..."*, *"...et deixo els meus fills..."*, *"...espero que no m'oblideu..."*

La nota pòstuma pot contenir també profecies o malediccions com *"...no m'oblidaràs mai..."*, *"...no et deixaré descansar..."*, *"...ningú t'estimarà com jo ho he fet..."*

Això ha de fer-nos pensar que el suïcida no és una víctima estrictament. En el moment en què se'n va deixant rere seu reclams, exigències i malediccions, es converteix en un victimari perquè lesiona els sobrevivents, particularment els involucrats en la nota. Després queden les ofenses guardades en la memòria dels familiars, l'amant o qualsevol dels esmentats al missatge.

El suïcida com a salvador

La mort voluntària té també usos místics, filantròpics o patriòtics.

Aquest tipus de suïcida té nom propi, en diem "màrtir". Pràcticament totes les religions, règims polítics, ideologies i nacions tenen una llarga llista d'hommes i dones que han donat la seva vida (una manera suau d'anomenar el suïcidi) per una causa i això és martiri.

Hi ha persones que es lleven la vida perquè creuen que així eviten sofriments als seus familiars o parella. Sol veure's en les persones que tenen malalties terminals o cròniques amb molta despesa de medicaments, hospitalitzacions o que requereixen moltes atencions, com els paralítics.

Experiències i reflexions

D'acord amb la nostra experiència adquirida al nostre Centre d'Atenció Telefònica per a la prevenció del suïcidi, ofereixo els següents suggeriments:

- > El substrat fort d'un equip d'ajuda rau en l'Assistent, que ha de ser una persona molt protegida, recolzada i acompanyada per professionals de la salut mental.
- > La Prevenció Primària és essencial. Ha de fer-se una campanya permanent d'informació i difusió del servei que s'hi ofereix. Convé posicionar el nom "Esperança de Vida" en xarxes socials, cartells, ràdio i televisió, perquè tothom ho identifiqui i pensi en el servei.
- > La Prevenció Secundària també és molt necessària. Promotors del mateix grup ja sigui personalment o a través de vídeos poden presentar-se davant de grups socials com empreses, tallers, sindicats, clubs socials, grups escolars... i donar-los a conèixer el servei que ofereix. Cal destacar que "el suïcidi és evitable".
- > És molt convenient que el grup "Esperança de Vida" tingui un suport institucional amb hospitals i centres de salut oficials, del Ministeri de Salut o d'alguna agrupació acadèmica, com hospitals universitaris, per a la continuïtat dels casos i per a la solució de casos greus.
- > Quan es presenten casos urgents, com aquella persona que truca avisant que ja s'ha pres pastilles o verí, o que ja s'ha ocasionat ferides, o que es troba situat en un lloc alt a punt de saltar o de penjar-se... és important comptar amb una connexió a serveis de rescat, per a la intervenció oportuna. L'Assistent pot mantenir el Sol·licitant en línia i aturar l'intent, fins que sigui rescatat.
- > L'Assistent requereix una capacitació constant per enfortir el seu estat emocional. I en els casos en què s'ha vist sotmès a un estrès intens, rebre teràpia psicològica.
- > Tot presuïcida, tot i haver rebut teràpia, pot tornar a intentar-ho. És important, doncs, un programa de seguiment.



Cecília Borràs

Presidenta fundadora de l'Associació "Després del Suïcidi - Associació de Supervivents (DSAS)" a Barcelona. Doctora en Psicologia per la Universitat de Barcelona, docent a diferents institucions.

“

Els supervivents voldríem haver tingut aquesta darrera oportunitat d'haver parlat abans. En el fons, és un desig d'haver salvat el nostre ésser estimat

Després del suïcidi

La mort ha esdevingut notícia diària a causa de la pandèmia de la Covid-19. Les dades ens acosten, diàriament, a una gravetat a escala mundial: una infecció vírica que pot provocar la mort necessita mesures de prevenció indiscutibles, a fi i efecte de minimitzar-ne els contagis i, per tant, les morts.

Les estadístiques sobre el suïcidi ens mostren la realitat d'un problema social, però no l'expliquen. Ens fan conèixer la magnitud d'un problema de salut molt important, gairebé un milió de morts cada any arreu del món, més de 3.500 a Espanya, prop de 500 a Catalunya. Aquestes xifres aprofundeixen en la soledat del dolor dels supervivents, dels que hem viscut una mort per suïcidi. I no es fa res?, la televisió, els mitjans... no ho diuen, no en parlen. Això és el que ens diuen els supervivents quan arriben a la nostra seu.

Aportar només dades als mitjans de comunicació, amb el sol objectiu de conscienciar socialment, pot ser força difícil, atesa la complexitat de la conducta suïcida. Seria fins i tot empobrir una realitat impossible de captar en el seu significat més profund.

Les xifres aclaparadores sobre el suïcidi passen desapercebudes, possiblement perquè no van acompanyades de l'anunci de les mesures de prevenció necessàries per evitar aquestes morts. Per això és una dada tan fugaç en la memòria col·lectiva, encara que es publiqui cada any.

A més, durant molts i molts anys ha existit un acord tàcit, a tots els manuals d'estil dels mitjans de comunicació, de no parlar del suïcidi, per por de l'efecte crida, l'anomenat Efecte Werther¹. En aquest entorn, l'acord es va trencar el 26 d'octu-

1. Es coneix com a Efecte Werther el fet de llevar-se la vida perquè algú altre se l'ha llevat. El nom d'aquest efecte procedeix de l'obra de Goethe Les penes del jove Werther, on el protagonista pateix tant per amor que acaba llevant-se la vida (N de la T).

La història del suïcidi no és res més que una història de dolor, o millor dit, una història individual i social del dolor.

Ramón Andrés, Semper Dolens

bre del 2012, quan el Diario de Sevilla va publicar una notícia amb aquest titular: Un home se suïcida hores abans de ser desnonat. A partir d'aquest moment van anar apareixent més i més titulars en la mateixa línia, donant a entendre a la població la vinculació del suïcidi amb el fet d'arruïnar-se, perdre la feina, desnonaments... Eren titulars que establien el suïcidi "només" com un efecte causal, i presentaven fins i tot aquest comportament com una "solució" a un problema de salut, o a una situació personal difícil.

La situació de crisi econòmica d'aquell moment tenia una cara amarga i dolorosa: persones, probablement amb una certa vulnerabilitat, sense recursos i sense suport, eren la notícia. Les vides de persones anònimes mortes per suïcidi estaven fatalment destinades a esdevenir notícia, només per la tragèdia del seu final.

La situació viscuda arran de la pandèmia de la Covid-19 estén les seves conseqüències a una situació que anomenem sindèmica, per la concurrència dels factors socials i personals que la pròpia epidèmia té i tindrà en cadascun de nosaltres.

No podem obviar l'alta vulnerabilitat emocional i el risc que poden abocar a conductes suïcides. Com més conductes suïcides hi hagi, més probabilitats hi ha que se segueixin produint. Això es deu al fet que tot comportament no només necessita legitimació, sinó que, de la mateixa manera, qualsevol comportament crea legitimitat pel sol fet d'existir, per la seva existència, i ja no diem per la seva repetició².

El suïcidi mai no és una solució, tot i que es percep així per part de qui, sovint, havia verbalitzat *no puc més...*, *estareu millor sense mi...*, etc. Són pensaments que obeeixen a una percepció subjectiva i distorsionada de la persona que es troba atrapada en una situació laberíntica, buscant i no buscant alhora solucions i/o sortides al seu malestar emocional.

Aquest malestar emocional commociona profundament els que ens hem quedat, provocant un sentiment freqüent i sostingut de culpabilitat: *No vaig saber ajudar-lo/la...*, *no vaig saber protegir-lo/la...*, *no he estat a l'altura...*,

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

no vaig saber/no vaig veure el seu patiment... , etc. La percepció de la persona morta per suïcidi respecte a nosaltres mateixos ens confon i ens pertorba al mateix temps; la seva mort qüestiona la capacitat d'ajuda que hauríem pogut donar-li.

El testimoni de persones que s'han trobat en aquest límit vital ens explica que existeix una dificultat en la comunicació, quan la persona s'allunya d'allò que li interessa, que li agrada i que, en definitiva, el lliga a la vida. Sense adonar-se'n, "se'n va" de la relació amb els altres, i fins i tot se'n va de les seves necessitats per viure. Tot sense gairebé adonar-se'n, dia rere dia, i al seu voltant es viu com un temps de tristesa, però també com una temporalitat. La persona, però, s'allunya igualment de la seva capacitat de comunicació.

D'altra banda, trobem la por a compartir els pensaments de fer-se mal a un mateix. Parlar-ho, convertir en paraules el pensament que hom imagina, o pensa, esdevé una realitat plausible, amb el temor de no ser presa seriosament, i de ser jutjat pel que diu, pel que sabem d'aquella persona o pel que n'esperem.

Els supervivents voldríem haver tingut aquesta darrera oportunitat d'haver parlat abans. En el fons, es tracta del desig d'haver salvat la persona que estimàvem. En el nostre procés de dol imaginem com podria haver estat la darrera conversa, com tot hauria pogut ser diferent arran d'aquest moment. El nostre camí és buscar, contínuament, algun escrit, alguna nota per comprendre: *Inútilment busco durant mesos i mesos una carta que em parli de les seves tristeses, un diari, alguna nota perduda, doblegada dins d'alguna butxaca o al portamonedes. Mentre remeno les seves coses em sento com una mare tafañera i me n'avergonyeixo...*³

Aquells supervivents que han tingut "la sort" de trobar aquesta nota (només un 15% de les persones mortes per suïcidi deixen una nota, o un missatge) tenen sentiments contraposats, ambivalents: *si dius que m'estimes, per què ho has fet?... , etc.* Pot ser igualment que la nota, o el missatge, s'escrivís en un moment de pensament desordenat, sense comprensió i, en casos extrems, és fins i tot xocant. Segons Critchley, les notes són un intent d'establir una comunicació i són, també, un signe que la persona no vol morir sola, sinó acompanyada pel destinatari de la nota⁴.

Les notes de comiat han evolucionat com han evolucionat també les maneres de comunicar-nos. En els darrers anys, en molts casos s'ha fet servir una eina tecnològica, un telèfon, per missatgeria (SMS), avui dia per WhatsApp, mitjançant missatges escrits, de veu, en vídeo o fins i tot amb

3. Piedad Bonnett (2013). Lo que no tiene nombre. Ed. Alfaguara.

4. Simon Critchley (2015) Apuntes sobre el suicidio. Ed. Apha Decay.

emoticones, com un comiat més subtil. Existeixen exemples, sobretot entre la gent jove, de l'ús de les xarxes socials com a testimoni del darrer missatge. El telèfon està present a les nostres vides com un mitjà de comunicació que era impensable fa només deu anys.

Finalment, al segle XXI, disposem d'un canal de comunicació, una línia de telèfon orientada, preparada i de fàcil accés perquè les persones puguin parlar i compartir sense por de ser jutjades, i que quan encara tenen capacitat dins l'estat d'ambivalència davant d'un camí sense tornada, busquin i desitgin, en el fons, ser salvades.

Els supervivents veiem, en el Telèfon de Prevenció del Suïcidi que ofereix la Fundació Ajuda i Esperança, aquella oportunitat que nosaltres no vam tenir, o que no ens van deixar tenir. A aquest tipus de telèfons, als EUA, se'ls coneix com a "Línia de la Vida" (Life Line). També als EUA, el suïcidi és la segona causa de mort entre els nens/joves de 10 a 24 anys, una dada esfereïdora, que ens hauria de fer reflexionar a tots com a membres d'una societat globalitzada.

El suïcidi entristeix el passat i cancel·la el futur, i depèn, de manera regular i intel·ligible, de magnituds que caracteritzen l'estat d'una societat⁵. A diferència de la situació que es vivia fa anys, cal que els mitjans abordin aquest tema, a fi i efecte que la societat prengui consciència de la seva existència i de la seva gravetat, i pugui oferir les mesures actives de prevenció, en una feina transversal cap a una societat madura, sense tabús, que pugui dir, alt i clar, "Si et trobes en una situació difícil, truca'ns. Parlar pot salvar vides".

Al segle XVIII, a La flauta màgica, Mozart ensenyava com parlar salva una vida. Potenciem entre tots aquest Efecte Papageno⁶.

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

6. Es coneix com a Efecte Papageno el fet de confrontar una persona de conducta suïcida amb altres persones que van passar per la mateixa situació, no van dur a terme el suïcidi, i se'n van sortir. El nom d'aquest efecte prové d'un dels personatges principals de l'òpera La Flauta Màgica, de Mozart, un home humil que intentarà suïcidar-se al llarg de l'obra i a qui tres follets acaben convençant que no ho faci, i li ensenyen altres alternatives i possibilitats (N de la T).



Clara Rubió

Supervivent i activista per a la conscienciació sobre el suïcidi. Presidenta ACPS, associació de suport als familiars que conviuen amb persones amb conducta suïcida. Diplomada en Treball Social, Màster en Conducta Suïcida

“

És important demanar en què es pot ajudar, sempre posposar el moment i mirar de guanyar temps per buscar alternatives.

Les necessitats de suport dels membres de la família que cuiden un persona amb conducta suïcida

En el present article compartirem l'experiència de l'Associació Catalana de Prevenció del Suïcidi en el servei d'atenció i suport a familiars i amics de persones en risc de suïcidi a la ciutat de Barcelona, un recurs innovador en l'atenció social d'aquest col·lectiu. Amb aquesta experiència també volem donar veu a la importància del rol de l'associacionisme en la prevenció del suïcidi, fenomen que, segons les darreres dades oficials de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) del 2018, va ser la causa de 522 morts.

La nostra història reflecteix el tabú i els prejudicis que envolten el suïcidi, no només per a les persones que morien per aquesta causa, sinó també per als seus familiars i entorn. Recordem que fins al segle XVIII, la legislació civil de gairebé tots els països castigava el suïcidi amb les penes més greus, que gairebé sempre impactaven els familiars de la persona que havia mort per suïcidi.

L'any 2019 a Catalunya, segons el Codi Risc Suïcidi es van portar a terme 4.486 temptatives. Cadascuna d'aquestes temptatives impacta d'una forma directa en l'entorn de la persona en risc (familiars i amics amb qui conviu, àmbit laboral, entorn social, etc.). La realitat és que no existeixen eines suficients perquè aquestes persones puguin desenvolupar estratègies d'afrontament de la problemàtica.

Tot i que existeixen un nombre reduït d'estudis sobre l'impacte de la conducta suïcida en els familiars i cuidadors directes, trobem algunes aproximacions en l'estudi El estigma del suicidio: vivencias de pa-

cientes y familiares con intentos de autolisis¹ on es conclou que la vivència de l'intent de suïcidi comporta l'acceptació de la malaltia tant per part del pacient com del familiar, produint un canvi en la imatge personal, familiar i social. A més, l'estigma en relació amb els propòsits de suïcidi, augmenta el patiment individual i familiar, dificulta l'ús oportú dels serveis de salut, la cerca d'ajuda i, per tant, l'evolució del procés. Altres estudis internacionals² conclouen que la càrrega que comporta, per als cuidadors de persones en risc, és una sensació permanent de preocupació per les possibles temptatives que portaran a terme els seus familiars, impactant en les activitats del dia a dia (per tant, en la seva qualitat de vida) i el nivell d'impotència i angouxa és profund, arribant a necessitar suport psicològic per tal d'afrontar la convivència amb el familiar en risc. Aquests estudis confirmen allò que els familiars i entorn ens traslladen en les visites i consultes al servei d'atenció.

Per tant, és evident que els membres de la família i altres cuidadors són grans impactats d'aquesta problemàtica, però també són, a la vegada, actors principals en la prevenció del suïcidi, i tenen un paper clau en el procés de recuperació del seu familiar. Segons l'estudi "The unmet support needs of family members caring for a suicidal person"³, on es van realitzar 18 entrevistes qualitatives amb participants que convivia amb un familiar amb conducta suïcida, es van identificar principalment quatre necessitats no satisfetes: tenir suport pràctic (a través de consells); sentir-se reconeguts i inclosos en la teràpia i l'acompanyament; tenir algú a qui recórrer, i consistència del suport per part de la xarxa de professionals amb qui havien estat en contacte (polícies, metges, infermers, etc.).

Segons l'OMS, el suport familiar és un dels principals factors de protecció en la conducta suïcida, de la mateixa manera que pertànyer a una família amb alts nivells d'hostilitat esdevé un factor de risc molt important. Quan una persona detecta en el seu familiar un o més senyals d'alerta, o pensa que el seu familiar es troba en una situació potencial de risc suïcida, haurà de posar en marxa diferents estratègies que esdevindran clau en la prevenció.

Els familiars poden ajudar a augmentar els factors protectors de la vida d'una persona, per exemple, ajudant a desenvolupar habilitats per a la vida i relacions de suport. També poden proporcionar suport durant una crisi suïcida, animar la persona a buscar i complir el tractament, i ajudar a mantenir-la segura durant els períodes de crisi.

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.

És en aquest context que va néixer el servei d'atenció a familiars i amics, que té per objectiu acompanyar aquelles persones que conviuen actualment amb algun familiar que ha portat a terme una conducta o ideació suïcida, així com persones en risc que busquen recursos addicionals per ells i/o pel seu entorn.

El nostre punt d'atenció i acompanyament a familiars de persones en risc

Des de l'any 2012 oferim un punt d'atenció que neix de la necessitat que vam identificar des de l'experiència i des de les peticions d'ajuda rebudes. Quan havíem d'afrontar una conversa difícil amb un ésser estimat, quan havíem d'afrontar un acompanyament post-urgències, etc., ens vam trobar sols i sense un assessorament clar de com afrontar aquest procés. A més, el tabú en aquestes situacions ens porta a no compartir la problemàtica amb el nostre entorn social o laboral, generant encara més angoixa en el nostre dia a dia. Moltes preguntes sorgeixen al voltant de "què puc fer per ajudar el meu familiar".

Per donar resposta i eines a aquestes persones va néixer el punt d'atenció, del qual hem après les principals preocupacions que aquest col·lectiu té en el seu dia a dia. Les dividim en quatre blocs principals:

Com puc afrontar la meua necessitat de controlar la situació

La consulta més habitual al servei (un 95% dels usuaris atesos) és com gestionar l'angoixa que els familiars pateixen a l'hora d'afrontar el control de la situació, per tal d'evitar qualsevol conducta per part del seu familiar. El fet que l'altra persona senti que és una càrrega també genera sensació d'angoixa i sentiment de culpa.

Hem d'acceptar que no podem controlar la situació. És un risc que existeix perquè és una conducta que només controla la persona que ho vol fer. El rol dels familiars és acompanyar la persona, juntament amb una intervenció mèdica adient.

No obstant això, identifiquem la necessitat d'oferir més recursos sociosanitaris per assegurar el seguiment proactiu després de l'alta, així com la millora en la informació facilitada als familiars referent al Codi Risc Suïcidi. Només un 5% de familiars tenen coneixement del protocol i desconeixen si els seus familiars en formen part.

Quina ha de ser la meva relació terapèutica amb el professional

La majoria de famílies de persones que han dut a terme una temptativa de suïcidi ens traslladen que no han compartit obertament amb el professional la paraula “suïcidi”, o bé que no tenen contacte amb els professionals que atenen el seu familiar. Sabem que per ètica professional no es parla amb la família sense el pacient al davant, però també és important que la família sàpiga que és possible contactar el metge/psicòleg, i que es validi amb el pacient el fet de compartir el contingut de la teràpia, reforçant al mateix temps l'adherència al tractament.

Com puc afrontar la convivència després d'una temptativa

Després d'un ingrés/temptativa, queda molta feina per fer. Hem de viure-ho com una convallescència, deixant l'espai al pacient i generant espais positius (per exemple, cuinar alguna cosa especial, comprar detalls, etc.). Cal consensuar amb els professionals les pautes d'actuació, així com les conductes que cal evitar, i conèixer el pla de tractament i quin rol hi hem de tenir. Una altra recomanació força útil és assistir a associacions i grups de suport, per tal de trobar un espai de confiança i comprensió que ajudi a disminuir l'estrès d'aquestes situacions.

Què puc dir, o no dir, en les converses difícils en què el meu familiar manifesti la seva voluntat de morir

El 80% dels usuaris tenen habitualment converses difícils en les quals cal afrontar que el seu familiar verbalitza la voluntat de morir, i no tenen informació al respecte. Cal que sàpiguen que el més important és facilitar una escolta autèntica, entendre més en detall el que la persona sent, i aprofundir, acceptant els seus pensaments i sentiments. És important demanar en què es pot ajudar, sempre posposar el moment i mirar de guanyar temps per buscar alternatives.

Per concloure, creiem fonamental el rol de la xarxa associativa per donar recursos de suport basats en la proximitat i experiència, ja sigui en la prevenció (acompanyament) o postvenció (dol) del suïcidi, amb l'objectiu de reduir-ne la mortalitat. Treballant en xarxa entre l'administració pública, les entitats i les organitzacions privades, hem d'assegurar la continuïtat assistencial per donar el suport necessari a les persones en risc i al seu entorn.

La taula rodona

Participants

Esperança Esteve

Directora Fundació Ajuda i Esperança.

Josep Oriol Pujol

Director Fundació Pere Tarrés.

Joan Berenguer

Director Fundació Mémora

Javier Martínez Gómez

Director Fundació Acció Social Infància, (FASI) i secretari de la Fundació Ajuda i Esperança.

Gemma Pinyol

Directora de Polítiques Migratòries a Instratègies i investigadora associada GRITIM-UPF.

Albert Quiles

Director Fundació dels Amics de la Gent Gran

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.

Membres del patronat i equip de la Fundació Ajuda i Esperança.

El 17 de febrer de 2021 es va organitzar una taula rodona amb responsables d'institucions socials dedicades a l'atenció de població vulnerable amb les quals la Fundació Ajuda i Esperança comparteix objectius i estableix col·laboracions per a dur a terme els seus programes.

L'objectiu de la taula rodona manifestat en les paraules introductòries de l'Esperança Esteve directora de la Fundació i d'Oriol Homs director de l'Observatori de l'Esperança va ser compartir reflexions sobre la problemàtica social que pateixen les persones ateses pels serveis de la Fundació.

Oriol Homs. La primera qüestió que volem compartir es la reflexió sobre l'evolució de l'estat de benestar cap a la societat de les cures, en la que a més dels aspectes materials per fer front a l'infortuni cal construir mecanismes de suport i ajuda per atendre les necessitats més espirituals de la persona i aconseguir nivells més elevats de felicitat per a tothom. Quins són els límits de l'estat del benestar i quines propostes caldria promoure?

Joan Berenguer: Jo penso que tenim un model de societat que comporta una dinàmica amb valors que segurament s'allunyen del que encara falta, i que vivim uns canvis que es produeixen d'una manera molt accelerada, i que tenim una imatge del que és idíl·lic dintre d'aquesta societat que penso que està totalment desenfocada en base al que crec que faria falta. La demografia està arribant a canviar les piràmides de població perquè la gent ens estem envellint, i això comporta el que tots coneixeu: dependència, pluripatologies de tot tipus, problemes mentals moltíssimes vegades,...Encara que jo continuo defensant de que envellir és una oportunitat, l'esperança de vida de començaments del S.XX no té res a veure amb la que tenim a començaments del S.XXI.

Gemma Pinyol: M'ha semblat molt interessant la reflexió sobre si realment estem en un tercer nivell d'Estat del Benestar, perquè jo crec que en realitat ens trobem en una situació on passen coses que a la vegada són contradictòries. És a dir, crec que sí que hi ha una reflexió oberta sobre nivells avançats d'atenció a l'Estat de Benestar, com podem enriquir les prestacions de serveis que fem a la ciutadania, però per altra banda estem perdent molts serveis públics i estan arribant cada cop a menys gent. És a dir, estem per una banda veient com debilitem l'Estat de Benestar, i per altra banda intentant enfortir-lo o especialitzar-lo en alguns altres àmbits. Crec que aquestes tensions en les que vivim, principalment, les societats democràtiques occidentals plantegen molts reptes, que tenim sobre la taula, i no crec que ens estiguem plantejant com ens en podem sortir correctament. L'envelliment n'és un però no és només això: som una societat molt més diversa del que reconeixem, que les prestacions de serveis que fem no sempre encaixen o arriben a tota la ciutadania, que hi ha molts grups de persones que cada cop tenen menys la sensació que estan sent ateses, i això si mireu els resultats electorals, molt del que està passant a Europa s'explica pel creixement de discursos fàcils i populistes que sembla que dominin solucions fàcils de problemes complexos, etc. S'estan enviant missatges contradictoris, i això crec que fa que bona part de la població cada cop se senti menys vinculada a la idea de comunitat compartida, on la idea seria que tots poguéssim cuidar-nos mútuament de manera genèrica

Javier Martínez: Jo respecte la pregunta si l'Estat del Benestar va cap un sentit o cap a un altre, jo crec que segurament hi ha moltes onades fosques quan parlem de l'Estat del Benestar, en el sentit de que si fos un Estat del Benestar en el sentit clàssic de la paraula, no estariem parlant d'una renda bàsica, que és una demostració que l'Estat del Benestar no funciona per alguns col·lectius i per algunes capes socials.

Per una altra banda, això també entronca amb el fet de que la idea inicial dels serveis socials universals al final s'ha quedat amb uns serveis socials

enfocats bàsicament a uns col·lectius que els hi podem anomenar “col·lectius amb vulnerabilitat”, que són els que reben aquests serveis socials. Però hi ha una gran capa de població que podria utilitzar aquests serveis socials, i aquí introdueixo un tema del que també potser podríem parlar que és el tema de l'estigma, i que per aquest estigma no els utilitza.

Oriol Pujol: Suggerixo una puntualització, parlaria de societat del benestar, no d'Estat del Benestar, sinó del conjunt de la societat que inclou l'Estat i que comprèn la societat civil. I faria una divisió entre unes necessitats més d'ordre material que ens pot cobrir aquest Estat del Benestar: salut, educació, serveis socials, pensions, ... amb totes les limitacions que ja s'han apuntat, com el fet que no arriba a tothom que fa necessaris determinats pal·liatius, i després parlaria d'unies necessitats més soft de les persones: emocionals, de sentit transcendent a la vida, de realització, de sentit mateix de la vida... que difícilment poden ser cobertes per l'Administració, per l'Estat del Benestar, que abans eren resoltes amb més o menys èxit per l'entorn social i que avui, en un entorn social més feble on les persones quedem més aïllades malgrat ens comuniquem en qüestions concretes des de les xarxes socials, seguim necessitant aquest suport social que ens pot donar un bon veïnatge en determinats medis, i en altres només el podem donar o només el donem amb èxit les entitats socials.

Albert Quiles: Si, estic molt d'acord amb la distinció de les dues diferents necessitats: les que són més de tipus material, i que jo inclouria l'assumpció dels drets... és a dir, com garantim els drets de les persones? Alguns doncs si que són per garantir l'habitatge però d'altres no serien tan drets per obtenir qüestions materials. Sobre la part d'aquestes necessitats més emocionals de les persones, jo us volia compartir la referència d'un documental que a mi em va impactar moltíssim, el 2016, fa 5 anys (<https://www.bbc.co.uk/programmes/b06vkh5>). És un documental que de la BBC a Anglaterra, que es titula “The Age of Loneliness”, traduït “L'edat de la soledat”, i a mi em va fer reflexionar com a director de la Gent Gran perquè exposava tota una sèrie de testimonis, tots ells de persones de diferents edats, aquest és “el kit de la qüestió”, de diferents edats que no se sentien bé, que no se sentien satisfetes. Posava per exemple, una mare que acabava de tenir fills petits però que estava vivint amb una casa molt maca, a l'entorn, al voltant de Londres, però que només tenia relació amb els seus fills perquè el seu marit viatjava molt, se sentia profundament malament i se sentia malament per sentir-se malament, m'explico? Aleshores clar ella no podia queixar-se, tenia una casa preciosa amb uns jardins, amb dos fills saludables, amb un marit amb una feina... però ella no era feliç. I llavors és aquí on ve el tema de com vinculem la qüestió de les necessitats que tenim com a éssers humans més materials, les relacionals, i després la part més existencial.

Oriol Homs: Pel que heu estat dient em sembla que coincidim en que no estem en els millors moments de la societat del benestar, dels equipaments i dels serveis de l'Estat que s'han muntat durant aquests anys perquè hi ha restriccions i perquè hi ha marxes enrere, però al mateix temps, estem obrint un nou espai en el que som conscients dels seus límits. Encara que fos perfecte aquest Estat del Benestar, tindríem uns individus que seguirien tenint uns límits de relació i d'arrelament social que generen tensions, soledats, angoixes, patiments, etc. i que voldríem abordar. Fins ara pensàvem que això se n'encarregava la societat, la comunitat, però no n'estic del tot convençut, vull dir en part sí, però en una altra part la vida dels nostres avis i dels nostres besavis, amb més relacions comunitàries, també estava plena de patiment i tensions. Per tant, si ho mirem d'una forma positiva, podríem dir que volem anar més enllà en aquest Estat del Benestar, per a cobrir no només els aspectes materials sinó també entrar a com organitzem el suport comunitari i personal als individus del S.XXI que també pateixen com patien els del S.X, però que ara ens preocupa això i ho volem assumir. Abans aquest suport era donat per la comunitat i ara ho volem construir. Què en penseu? És a dir, la pregunta que em faig és: Tenim individus més febles ara que fa 30 o 40 o 50 anys? O els tenim més forts però no suficientment forts per viure amb poques arrels comunitàries, és a dir, que la tendència a voler "individus més forts", ha arribat al límit i el que necessitem és reforçar la comunitat perquè aquests individus que són molt més forts que abans, però no són deus, no són perfectes, puguin viure feliçment. I per tant enlloc d'oposar individu i comunitat, el que hem de fer ara és intentar integrar les dues coses enfortint més l'individu, i al mateix temps orientar-lo més cap a la comunitat? Estaríeu d'acord amb aquest plantejament o no?

Joan Berenguer: Penso que el plantejament és molt important. Nosaltres defensem i jo defenso, que hi ha hagut un corrent, jo no sé dir si social, polític o del que sigui, a expenses de situar la individualitat com a la màxima expressió de la llibertat de la persona. Front això, el model de societat, en aquests moments potencia i imposa com la màxima expressió de l'èxit el produir i el competir, i nosaltres som els que defensem que enfront el produir, hem de servir, i enfront el competir hem de cuidar, és a dir, hem de passar del produir i competir al servir i cuidar. És aquí quan apareix la idea de que la societat té que entendre de que tots hem de ser cuidadors entenent que tots hem estat cuidats quan hem nascut i molt probablement necessitarem cures o atencions quan ens morim. Aquest funció cuidadora no és exclusiva de ningú sinó que és una cosa que pertany a la responsabilitat de tothom. Això vol dir que des de l'individu, sigui home o dona, ja sabeu que tot això recau molt en les dones, fins a qualsevol institució, tothom hi ha de ser involucrat. Això és el que nosaltres defensem, societats cuidadores que en el fons vol dir una democràcia cuidadora.

Oriol Pujol: Afegiria que tenim una major sensibilitat i un major nivell d'exigència per voler ajudar les persones, i això és positiu. És a dir, des del segle cinquè que abans esmentàveu fins avui hi ha una major sensibilitat. I també afegiria que hi ha moltes més persones amb menys recursos personals davant de situacions que els desequilibren amb més facilitat. I no em refereixo a vulnerabilitat social sinó a recursos personals. Serien dos matisos a sumar, sense voluntat de ser exhaustiu ni de contradir.

Albert Quiles: Jo també voldria sumar que crec que tot el que és l'experiència que ara estem tenint a nivell global de la pandèmia de la Covid-19, és una experiència conjunta de vulnerabilitat, d'apropar-nos a la vulnerabilitat des de diferents prismes, i no estem acostumats a això, i tots més o menys d'una manera o d'una altra ens hem sentit o ens estem sentint vulnerables. Crec que ha estat una experiència massiva de vulnerabilitat per tot el que deia també el Joan abans sobre el tema de les cures, que és un tema que tradicionalment s'ha posat a sobre la taula de les dones.

Gemma Pinyol: Comparteixo molt el que s'ha dit, però jo crec que hi ha en general necessitats que són molt diferents i són de molts tipus. Si tenim al cap la piràmide de Maslow, hi ha algunes necessitats que entenem, tal i com ens hem construït les societats democràtiques occidentals, que són responsabilitat de l'Estat, i d'altres que serien més de caràcter social i individual. Això és una reflexió que queda sobre la taula perquè aleshores nosaltres tenim tendència a demanar-li a l'Estat que ens cobreixi uns mínims. Això és lo que en el sistema capitalista que clarament tendeix a l'individualisme, explica el naixement dels Estats de Benestar. L'Estat de Benestar no neix per una voluntat casual, sinó que neix després de la Segona Guerra Mundial per donar resposta a una situació concreta i per lo tant hi ha un pacte per dir-ho d'alguna manera, entre les elits, en la qual es genera un espai en el que l'Estat s'encarrega i atén uns mínims bàsics compartits perquè tota la ciutadania arribi a un cert nivell. Això no ha funcionat del tot, i hi ha espais en els quals l'Estat no ha participat. Per això, la societat civil també s'organitza i també treballa. I aquí entrem en una contradicció perquè a vegades aquest treball no es fa en la mateixa línia o fins i tot es pot entendre de maneres contradictòries. Per exemple, una societat com la sueca, amb un nivell d'Estat de Benestar ben desenvolupat, hi ha molts ajuntaments que han hagut de fer i crear unitats d'atenció i de seguiment a les persones grans perquè no hi ha ningú més que se'n encarregui. Vol dir que s'ha desenvolupat el paper de l'Estat de benestar (com a prestador de cures i serveis), però s'ha oblidat la part social. En altres casos, com en les societats mediterrànies, on tenim un Estat més dèbil, la societat civil s'ha organitzat per complementar moltes vegades el que de benestar li falla a l'Estat. A mi em sembla genial que la societat civil participi, es mobilitzi i contribueixi a l'enriquiment col·lectiu. Em preocupa quan ho fem per substituir, perquè aleshores és una altra cosa.

Cal trobar l'equilibri en el que sí és exigible a l'Estat, que per això el financem i que per això hi participem, i el que ens hauríem d'exigir com a ciutadania.

Oriol Homs: El que acaba de dir la Gemma em dona peu a passar al segon tema perquè fixeu-vos que ha tocat una qüestió molt clau, és a dir crec que estariem d'acord tots en que l'Estat, la part que hem demanat que assumeixi l'administració, aquesta part té limitacions que en aquests moments inclús hi ha restriccions, però que el pacte ha sigut que l'Estat assumeixi la provisió o la regulació d'una sèrie d'elements materials. Sabem que inclús en aquest Estat del Benestar del S.XX les limitacions són clares, si la societat civil o el tercer sector, per dir-ho d'alguna manera clara, fes vaga general, seria el col·lapse total de tota la nostra societat. Per tant inclús quan diem "Administració, assumiu els elements bàsics de suport a les persones en cas de vulnerabilitat", sense la mobilització de la societat civil tampoc funcionaria.

Però la meva qüestió és: Si acceptem aquesta idea de que estem passant a un tercer nivell de l'Estat del Benestar, hem de demanar a l'Estat que ens faci feliços? Que ens curi, no la part material sinó la part emocional? Però la meva pregunta de futur és si pensem en que estem construint d'alguna forma, aquesta societat de les cures, de la part emocional, de les persones. Quin paper ha de jugar l'Estat? Volem que l'Estat ens faci feliç o no? O volem que nosaltres siguem capaços d'organitzar la nostra felicitat. Comencem a intuir que per fer això necessitem col·laboració perquè sinó individualment, sols no serem feliços per molts cotxes o per moltes vacances que ens donem, o per molt que produïm. I a lo millor hem de dir a l'Estat: "Ajuda a construir una societat capaç de fer això", però no que ens faci feliç, o sí?. Els Telèfons de l'Esperança han de ser públics? O algun d'aquests elements han de ser públics o quin és el paper de l'Administració?

Javier Martínez: A veure, per parlar tots un mateix llenguatge, hauríem de definir què vol dir públic i què no. És a dir, per una banda estaria qui finança aquesta mena de serveis que estem dient, per una altra banda qui és el titular, qui els aprovisiona, qui els presta, qui els idea. Des de la perspectiva tradicional que tenim a Catalunya i Espanya, l'Estat en el seu sentit d'administració pública, és qui dissenya els serveis. I aquest, al meu parer personal, és un dels primers errors, és a dir, aquesta no co-creació de certs serveis socials i d'altres que hi ha a través de l'Administració, és un error pel fet de que molt sovint l'Estat segurament no té suficients elements de judici o no té tots els que hauria de tenir, per poder dissenyar un servei que realment doni resposta als reptes socials del moment. I que a la vegada sigui un servei prou flexible per adaptar-los als canvis. Hi ha serveis que són iguals ara que fa trenta anys quan la realitat social que volen solucionar es radicalment diferent ara que la de fa trenta anys i segueixen sent iguals.

Per una altra banda, estaria el fet que efectivament en aquest darrer any hem vist que per molt connectats que estiguem, si la comunitat real no existeix, la gent no és més feliç. Jo crec que el grau d'infelicitat en general de la gent, aquest darrer any, ha estat bastant evident tal com s'ha comentat a tot arreu. Per tant, el sentiment comunitari és molt important. Tanmateix, hi ha una tendència diguem-ne demogràfica, habitacional, etc. que no col·labora a generar comunitat, en el sentit més ample de la paraula, perquè ara es tendeix a comunitats molt homogènies a nivell racial, a nivell socioeconòmic, a nivell cultural, etc. I aquestes comunitats, són les comunitats que en el fons provoquen ghettos, sigui de classe alta, sigui de classe més baixa, provoca ghettos, i això és lo que torna a provocar una separació, una segregació entre capes socials que no ajuda al final generar comunitat.

I després dintre de la pregunta que feies Oriol, crec que hi ha un tema que segurament no toca avui però que jo crec que és molt rellevant, que és el tema de la fiscalitat. Amb una fiscalitat x podem optar a que l'Estat ens ajudi més o menys, i amb una fiscalitat y segurament aquesta opció serà molt inferior.

Oriol Pujol: Si el problema que tenim, que no ens deixa ser feliços, és d'ordre material, salut mental, recursos mínims per subsistir,... sí que l'Administració o sí que l'Estat ens ha de donar resposta. Si el tema és de sentit de la vida, de participació en una comunitat, això ja no pertoca d'alguna forma a l'Estat, això pertoca a la iniciativa social, a la comunitat. El Telèfon de l'Esperança ha d'existir com a iniciativa social, i tant que sí! Això no vol dir que, en línia del que estava dient el Javier, si l'Administració pública valora com a important aquella funció que estem fent des de la iniciativa social, ho subvencioni. Especialment tenint present la pressió fiscal a que estigui sotmès el país. S'hi pot ajudar per una via directa: subvenció o per una via indirecta: beneficis fiscals als donatius que puguem fer des de la lliure iniciativa social.

Joan Berenguer: La meua opinió és que malgrat els recursos són limitats, caldrà prioritzar bé l'ús d'aquests recursos i a lo millor redistribuir-los, o a lo millor treure'ls d'altres llocs que no caldria gastar-ne tants com n'estem gastant en aquests moments. Posant èmfasis clarament per mi en dos coses: en l'educació i en garantir treball per les persones. Tot el que comporta la soledat de la gent està relacionat amb manca de les relacions socials. Ho hem viscut en la pandèmia, la mort en soledat i tot el que ha comportat el desastre que hi ha hagut a les residències, de la gent que s'ha mort absolutament sola incloent en molts hospitals, fins que algú s'ha atrevit a com a mínim deixar passar una persona de la família.

Oriol Homs: Jo estic d'acord amb vosaltres amb la dificultat, però fixeu-vos una cosa, si mirem els líders i el debat intel·lectual, social i tècnic que hi va

haver cap allà els anys 20 del segle passat, quan es van llençar les idees de la Seguretat Social, de l'assegurança d'atur,... és a dir les bases de l'Estat de Benestar actual, va ser un debat impressionant entre gent que deia "això és la ruïna, anirem al desastre". L'atreviment intel·lectual d'una gent que va preveure i es va donar compte dels grans reptes del S.XX i va saber posar uns elements de canvi impressionant, varen facilitar, amb totes les limitacions i problemes, el gran salt del segle XX. Voleu dir que amb la capacitat que tenim avui en dia no som capaços d'aixecar la mirada i dir: "Escolteu, això que estem dient ara nosaltres, són els reptes del S.XXI". Perquè volem una societat que a més d'assegurar les bases materials també faciliti els elements emocionals i de felicitat per a tothom. Quines institucions? Quines iniciatives? Quins elements, quines polítiques, amb p grossa, hem de proposar per dissenyar aquest S.XXI? Crec que sí, crec que tenim persones amb una capacitat i una experiència sobrada, a més sabem tot el que ha passat el S.XX, que déu ni do, i que podem aprendre dels grans debats i de tota l'experiència acumulada. Amb tota aquesta experiència, amb una ciutadania molt més educada, amb uns nivells d'educació molt més elevats i amb molta més experiència, jo crec que podem. Ara, ens ho hem de proposar. Ens hem d'atrevir Perquè si anem només retocant, per a veure si aconseguim... Sí, d'acord això hem de fer-ho al dia a dia, però a lo millor ara és un bon moment, i la pandèmia ens ajuda, per a dir: "parem i repensem a on anem, cap a on volem anar". Crec que tenim els elements i a més el debat ja hi és. En aquests moments, ja surten idees, ara cal aglutinar-les i projectar-les políticament i de forma realista. Per tant, la primera responsabilitat és aquesta.

Ara, quan anem a veure l'altre element nou, que tampoc és tan nou, però que ara en som més conscients i sensibles, evidentment que el paper de l'Estat ha de ser aportar recursos. Però les qüestions a plantejar són més amples: per exemple ara dèieu: el problema és que ens relacionem poc o les relacions socials són febles, i això genera angoixa i problemes als individus. Clar, això per exemple té a veure en com configurem les ciutats. Els habitatges estan pensats per relacionar-nos? Els blocs de cases, els barris? En relació al treball, es parla de la renda universal per a tothom. És un debat molt interessant amb unes idees molt innovadores, però si no assegurem el treball tindrem gent que tindrà diners per viure però estaran més sols que mai perquè no es relacionaran amb ningú perquè no treballaran. Necessitarem unes comunitats que tinguin la capacitat d'acollir-los com a elements actius. Això vol dir que hi ha un problema de disseny d'aquesta comunitat, que té uns elements estructurals d'habitatge, de ciutats, de treball, de tipus de relacions, d'educació, etc. on hi ha una responsabilitat de l'Administració, que evidentment això després ha d'anar acompanyat de recursos, però també hi ha una responsabilitat de la comunitat. Fins a quin punt confiem amb l'Estat o li diem a l'Estat que ens ajudi a ser feliços. És una qüestió

de model, ens interessa el model de la Xina o Corea del Nord en el que és l'Estat qui vetlla per la felicitat dels ciutadans?. O no, el que volem és un amb més empoderament de la societat civil? En aquest paper de disseny, fins on volem arribar? i quin paper volem donar a especialistes o tècnics o no, a la gent, a la gent del carrer que també pugui opinar com vol que sigui la seva ciutat, no només l'urbanista. Sobre aquest tema hi ha un fort debat. És el que planteja el Daniel Innerarity, si la societat complexa és dels experts, dels polítics o de la gent, de la participació. Aquí tenim un element important de debat, però l'altre aspecte no és només amb el disseny, sinó amb la provisió dels serveis.

Gemma Pinyol: Crec que hi ha una cosa important a distingir, una cosa és que l'Estat hagi d'assumir i l'altre que hagi de prestar. Sí, l'Estat pot assumir la responsabilitat i la prestació la pot articular com li sembli més convenient. Penso que aquest és un dels debats que hem tingut en els darrers anys. Per això tenim entitats socials que de fet el que són, bàsicament, és proveïdores de serveis públics. A més a més, no es pot forçar tampoc a la gent a participar, entre d'altres coses perquè hi ha gent que no vol participar, i això també s'ha de respectar. Però quan es creen espais de participació, acostuma a ser-hi la societat civil organitzada, que tampoc és la societat civil representativa de tothom. Per tant, hi ha molts espais on s'obren moltes preguntes, és a dir, estem parlant de tothom que a de parlar o en realitat quan parlem amb una associació de veïns i veïnes estem parlant amb una part concreta de la població, que a més es poden identificar per edat, sexe i origen, i no tota la ciutadania. És un debat que és molt interessant, però on hi ha molt matis i que és l'espai on hauríem de parar atenció.

Una altra cosa que em sembla que cal assenyalar es l'existència d'un debat intergeneracional que no tenim en compte. En realitat, quan parlem de felicitat, cal recordar que és una construcció social: cada generació, cada món, cada comunitat, té el seu ideal de felicitat que construeix basat en elements determinats. Quan les expectatives i els resultats desencaixen, la gent té la sensació que és menys feliç, i nosaltres estem vivint en aquests moments, sobretot perquè és la primera vegada que tenim generacions criades en l'Estat de Benestar que tenen unes expectatives absolutament elevades (no faltaria més, per això han estat criades en l'Estat del Benestar: les seves expectatives han de ser altes perquè hem volgut que les tinguessin altes), però tenen unes respostes molt més baixes. I a més a més han oblidat, perquè ja molts no tenen avis i àvies que els hi expliquen les històries, d'on venim. I nosaltres venim d'Estat de Benestar que només tenen 70 anys d'història. Per tant, estem parlant d'una cosa recent en termes històrics, que a més no afecta a tothom, i això no sempre es recorda. Crec que aquests debats, com el de caràcter generacional, també cal posar-lo sobre la taula, perquè explica moltes de les coses que a vegades es fan incomprensibles i que ge-

neren a més a més desafecció: desafecció per la cosa pública i desafecció per la cosa col·lectiva i comunitària. I això cal tenir-ho en compte, perquè el resultat d'això pot ser encara més individualisme i per tant societats amb encara més riscos d'aïllament, soledats i altres elements similars.

Javier Martínez: Respecte la provisió de serveis, jo crec que efectivament l'Estat ha de poder garantir des del punt de vista econòmic un mínim de serveis amb una màxima cobertura possible. Ara bé, per la prestació d'aquests serveis jo crec en la col·laboració públic-privada, públic-social i públic-privada-social. Aquesta col·laboració és important sempre que hi hagi un bon control, aquí sí que crec, des del punt de vista públic, és a dir un bon, estudi/avaluació d'indicadors i impacte que tenen aquests serveis. De que el benefici que s'emporten les entitats o l'empresa privada no sigui massa elevat, etc. i uns criteris d'accés el més universals possibles, jo crec que això és necessari. Hi ha empreses que funcionen molt bé i hi ha algunes que a vegades tenen unes pràctiques que potser no són les millors. Crec que sempre és millor la prestació d'un servei social des d'una entitat social on l'objectiu i el propòsit està molt clar, que no pas des d'una empresa privada, on el rendiment del tema econòmic té un pes distorsionat comparat amb el component més social.

Oriol Homs: Us sembla que passem al tercera pregunta que us feia que està més relacionada amb la prevenció del suïcidi?. Si voleu la podem fer un pèl més genèrica per referir-nos a totes les experiències d'atenció telefònica o remota a les persones que utilitzen la metodologia de l'escolta activa, que em sembla d'un gran valor, i que cal aprofundir molt més sobre el seu significat i el seu potencial i demostrar amb avaluacions l'impacte d'aquest tipus de metodologies. Suposo que estariu d'acord en que aquesta metodologia aïllada de la xarxa de recursos públics i privats per atendre les persones té unes limitacions determinades ja que el seu potencial enorme rau en l'articulació entre els diferents recursos que poden haver-hi al servei d'una persona en cas de vulnerabilitat o en cas de problemàtica. Ara, això com s'ha d'articular? Tots vosaltres teniu molta experiència en tots aquests aspectes, quina és la vostra experiència? Què és el que caldria suggerir per millorar més aquesta relació, i alhora mantenir la llibertat de l'individu de dir: "escolti jo el truco, parlo amb vostè, li explico a vostè els meus problemes, espero unes coses de vostè, però no sé si vull més coses. O plantegi'm les coses que vostè consideri i ja veuré el que faré", és a dir, respectar la llibertat de l'individu, posar-lo al centre, la llibertat individual com a element central de totes aquestes iniciatives d'atenció a la persona. Però com es poden interrelacionar?

En el cas del suïcidi és més clar perquè és un drama clar, tens una persona que t'està trucant que s'està suïcidant o que vol suïcidar-se, i tu saps que

voldries impedir-li de totes formes que ho faci, però has de respectar la seva llibertat però... Per tant aquí hi ha un problema de relació dels diferents elements. És a dir, com hem d'estructurar aquesta xarxa de suport a les persones on els telèfons com el TPS són un element clau i important però no l'únic recurs. Com ho veieu?

Oriol Pujol: La salut mental pública és completament insuficient i poc eficaç, aquesta és una realitat molt important.

La millor prevenció és una bona promoció de la persona al llarg de la vida, per tant hem de promoure o l'Administració hauria de garantir l'educació en un sentit ampli, que no vol dir fer-ho ella tot directament. I això contempla, a més de l'escolarització, el lleure educatiu, la pràctica esportiva, la promoció de la cultura, les iniciatives cíviques, fins i tot religioses, o sigui el més ampli possible perquè les persones puguin inserir-se en la comunitat. Penso que son un element preventiu fonamental.

Abans s'ha parlat que l'Administració ha de garantir o pot garantir la provisió de determinats serveis públics, però penso que no només ha de ser el típic concurs per a la gestió de determinats serveis, sinó que també caldria contemplar la concertació d'aquelles iniciatives de la societat civil que són prou útils, són prou eficaces i que es pretén universalitzar-les, o com a mínim si no arribem a universalitzar-les, a estendre el suficient com perquè puguin atendre a un ampli sector de la societat. I aquí és on entraria plenament el Telèfon de l'Esperança, hi ha una iniciativa social que és veritablement necessària i és eficaç, recolzem-la, concertem-la, i que es pugui exercir des de la dignitat, perquè moltes vegades això es resol amb la subvenció justeta que precaritza a les persones que treballen en aquestes organitzacions, i fa que el nivell d'eficàcia que pugui acabar tenint aquella iniciativa, sigui insuficient.

Joan Berenguer: Un apunt. Quan l'Esperança em va enviar el vostre document "Una veu amiga" que diu: "cada 2,5 hores es registra un suïcidi", un suïcidi a Espanya, jo la veritat és que ja sabia que era important això, però no m'ho hagués imaginat mai que fos tant.

Dos, alguna vegada jo he dit "escolteu-me hi ha més gent que mor perquè se suïcida que accidents de tràfic a Espanya". Jo penso que caldria fer un esforç per sensibilitzar a la societat en general, s'ha de donar a conèixer, aquesta realitat. A partir d'aquí segurament és una realitat que és fruit i s'hi arriba per motius de molta índole, segurament alguns vinculats a problemes de salut mental, que hi són; alguns, d'altres, fruit d'una pèrdua, les pèrdues comporten un moment de dols insofribles per algunes persones, i si no tenen el recolzament necessari poden avocar-se a arribar a prendre decisions

com aquestes. Moltes vegades també s'arriba o són conseqüència de la vulnerabilitat social de la índole que vulgueu: sense treball, sense sostre, el que cregueu, i moltes vegades pel que diem d'una soledat no desitjada. Quan veig que hi ha 2,5 persones que se suïciden cada hora a Espanya, crec que això no ho coneix la gent i encara que hi hagi aquest fulletó, la gent no ho coneix i hauríem de sensibilitzar perquè alguna cosa haurem de fer. Alguna cosa que té a veure amb evolucionar, fer evolucionar amb valors diferents el conjunt de la ciutadania.

Javier Martínez: Jo crec que una de les coses bones del Telèfon del Suïcidi és que permet que aquell qui té una intenció, una tendència suïcida, pugui parlar-ne. És a dir, el suïcidi és un acte molt individual i molt solitari en el sentit de que quan s'arriba en aquest moment, segurament no ho has parlat mai amb ningú i per això la sorpresa en molts casos de quan algú es suïcida, és dir ostres, ningú del seu entorn s'ho esperava, ningú sabia que això passaria. El que es vol suïcidar no ho comenta amb ningú perquè hi ha un estigma darrere, és un tema que no se'n parla, és un tema que s'intenta amagar de forma involuntària en molts casos, però que no se'n parla, per tant els nostres fills, els nostres nens no ho coneixen. Des del punt de vista de la infància, en el moment en què un jove o un infant a vegades, pot tenir una tendència suïcida, en resposta a situacions que li passen, o es planteja que en algun moment és millor no viure abans de suportar el que està suportant, no té cap element ni cap eina que hagi tingut en la seva educació per poder afrontar aquest nou pensament que li ve. I per tant el no poder tenir eines ni respostes perquè no les ha adquirit, perquè no les hi han donat dins del seu procés educatiu, educatiu formal o informal fora de l'escola, no sap com procedir, veu que és un tema que no se'n parla, per tant ell tampoc no en parlarà, i per tant al final allò es fa una bola, i com a bola a vegades es digereixen i a vegades no. I el fet que es pugui parlar, i per tant, el que deia el Joan, ficar-ho a l'agenda pública, és molt important. Però el fet de que es comenci a parlar ja és un pas perquè la gent que es troba en aquestes situacions no arribi a la trucada abans de que passi, sinó que pugui solucionar-ho molt abans d'arribar a les trucades. Ja que en molts casos per sort, ho evitem, per en altres potser no arribem a temps.

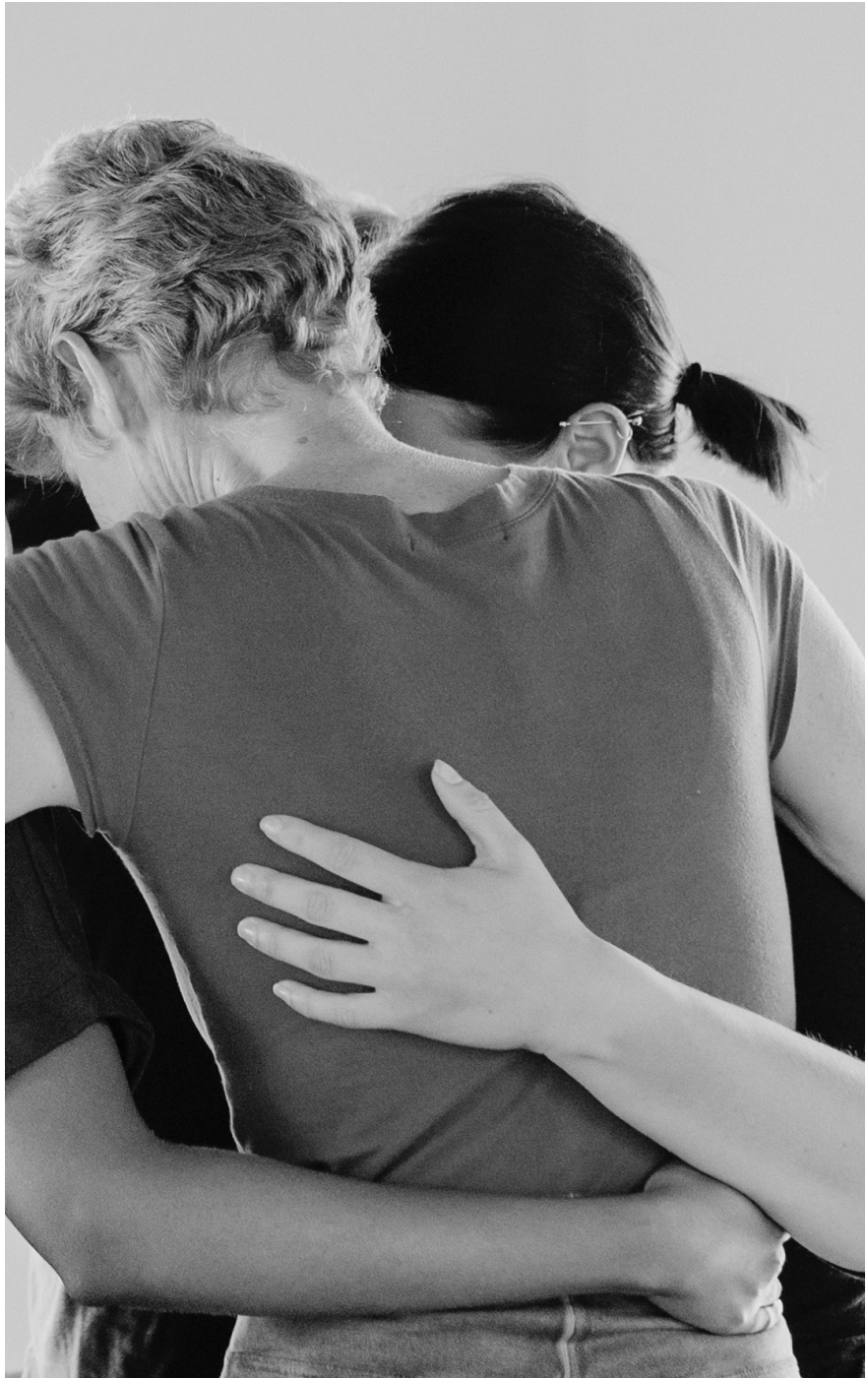
I aquest telèfon no cal dir-ho, ja tots ho sabeu, és un gra de sorra en la immensitat del que és el tema del suïcidi, en el sentit de que és el primer telèfon d'Espanya, amb uns recursos molt limitats, teòricament concentrada en una zona geogràfica molt concreta, tot i que la gent truca d'altres bandes. És a dir, és un primer pas però encara quedarien molts, molts més.

Albert Quiles: Crec que per comentar el que estàveu dient de la col·laboració entre administracions públiques, entre societat civil i iniciatives privades, us volia posar un exemple que estem vivint des d'Amics de la Gent

Gran que jo penso que és un exemple que ens pot fer pensar o nosaltres almenys creiem que és una bona pràctica. L'Ajuntament de Barcelona ha creat l'estratègia municipal contra la soledat. Això no vol dir que l'Ajuntament de Barcelona garanteixi que les persones que viuen a Barcelona no se sentin soles, això no vol dir això, el que vol dir és que té una estratègia pensada per adaptar els seus serveis municipals amb la mirada de que a Barcelona hi ha moltes persones de totes les edats que pateixen soledat no desitjada. A lo millor una cosa similar es podria promoure pel tema del suïcidi.

Esperança: M'ha semblat preciosíssim el debat que hem fet i he fet anotacions i crec que sortiran unes conclusions que ens serviran també per llençar recomanacions, que això és el que volem fer. No volem fer un estudi que quedi tancat sinó que el volem anar repetint en el temps i que vagi marcant tendències. Però dit això, només dir-vos que estem incrementat el nombre de trucades que atenem, que des de l'agost del 2020 tenim en marxa el Telèfon de Prevenció del Suïcidi, i a darrera hi tenim una xarxa de respostes immediates. Ara començarem a treballar el model de la prevenció del suïcidi per encàrrec de l'Ajuntament de Barcelona, és a dir, pensar el model per a la ciutat. Actualment ja atenem trucades que ens venen de tot Catalunya i inclús de fora de Catalunya però les xarxes de suport han de ser locals, i aquest serà el gran repte. La xarxa ha de ser local, enganxada al territori, el Telèfon no cal, hem de saber, hem de tenir la informació per estructurar tot això, però imaginem-nos la possibilitat de tenir un telèfon que pugui donar respostes amb diferents idiomes en funció de la demanda però reforçat i sustentat per una xarxa local. Per això que el paper de la ciutat, igual que el de "les ciutats que cuiden" o d'aquestes ciutats que tenen xarxes solidàries, hauríem de trobar també aquesta xarxa de recursos locals de suport a les situacions de crisi.

Oriol Homs: Molt agraït per totes les vostres aportacions. D'aquesta reflexió conjunta de tots els que estem amb aquests temes, és d'on han de sortir les idees del S.XXI, i jo us animo a mirar amunt i amb valentia i perspectiva de futur, perquè estem en un temps en el que ens toca afrontar aquests canvis amb perspectiva de futur. Tenim la responsabilitat de posar les bases d'aquest tercer nivell, d'un tercer estadi de la societat del Benestar. Les bases les hem de posar ara, hi som a temps, som societats molt riques, sabem el que hauríem de fer, el problema és com ho fem i fer-ho, i per tant és la responsabilitat de tots nosaltres. I amb aquest esperit penso que tots els que estem aquí podem contribuir a aquest debat amb idees que han de contribuir a configurar les pròximes dècades i les pròximes generacions. Moltes gràcies a tots i totes.



El malestar personal i les claus del benestar social

L'escolta del malestar personal en la societat d'avui

Els relats anònims recollits als telèfons de l'Esperança i de la Prevenció del Suïcidi posen de manifest el profund malestar d'uns col·lectius socials que recorren a una veu amiga per ser escoltats.

L'elevat nombre de trucades rebudes durant l'any als dos telèfons (55.948 trucades), més de 150 diàries, que provenen majoritàriament de Barcelona ciutat, però que van més enllà dels límits de la ciutat, denota que la problemàtica no és menor. Més quan, segurament, tots dos telèfons només detecten la punta d'un iceberg de malestar molt més extens.

L'increment de trucades rebudes al Telèfon de l'Esperança durant els primers mesos de l'estat d'alarma arran de la pandèmia de la Covid-19, així com el ràpid creixement del volum de trucades aconseguides al servei de prevenció del suïcidi, des del seu inici el mes d'agost, reflecteixen l'agreujament de la situació deguda a les restriccions de mobilitat imposades per combatre el coronavirus. La pandèmia ha actuat com a prova d'estrès de la capacitat de la societat de viure situacions d'emergència a gran escala, posant en evidència les debilitats existents i mostrant els punts febles de l'organització social.

Les problemàtiques personals i socials que s'expressen a través dels dos telèfons giren a l'entorn de sis temàtiques principals: la ideació suïcida, les malalties mentals, els problemes relacionals, la soledat no desitjada, la salut física i la pobresa econòmica. Cadascuna d'elles obeeix a una dinàmica pròpia, però molt sovint estan interrelacionades entre si i es retroalimenten. Totes elles es caracteritzen perquè comporten un patiment personal que cada persona afronta amb les seves capacitats personals i amb els recursos que obté de les persones del seu entorn i dels que la societat posa a la seva disposició. L'experiència acumulada en els dos telèfons ensenya que amb aquests recursos no n'hi ha prou o no són suficients per contenir a nivells suportables les tensions del malestar. De fet, el servei dels dos telèfons generen un nou recurs d'una veu amiga anònima que ha demostrat la seva validesa per apaivagar les tensions emocionals i per evitar situacions extremes.

L'anonimat en què es basa la metodologia dels telèfons no permet conèixer en profunditat les característiques de les persones que truquen, però a grans trets dibuixen uns perfils clars: en el cas del Telèfon de l'Esperança, les dones són majoritàries, sobretot entre les persones més grans. El col·

lectiu majoritari és el dels adults, però amb dos grups d'edats significatius, els més joves (18-39 anys) i els de més de 65 anys. Els dos col·lectius d'edat extrema, menors de 18 anys o els majors de 80 anys, són més minoritaris, sense que això signifiqui que la seva problemàtica sigui menys important, sinó que es dirigeixen menys a aquest servei.

Són persones de tots els nivells socials, per bé que gairebé la meitat tenen un nivell bàsic d'estudis. En la majoria dels casos són persones que viuen soles, encara que una tercera part viuen en parella o amb altres familiars; i la gran majoria no són actives en el mercat de treball, ja sigui per estar de baixa, o per jubilació o bé perquè no tenen una feina remunerada. Gairebé tots han estat o estan atesos pels sistemes de salut o de serveis socials, encara que en alguns casos, el servei del telèfon constitueix el primer punt de contacte que després pot derivar en una atenció mèdica o de serveis socials.

Al Telèfon de Prevenció del Suïcidi, els perfils són similars. Una majoria de trucades corresponen a dones i aquesta majoria s'incrementa en el cas de dones amb conducta suïcida. Pel que fa a l'edat, també la majoria són d'edats centrals, però la proporció de joves menors de 29 anys és més elevada en aquest cas, gairebé un terç, que en el Telèfon de l'Esperança. Són persones majoritàriament solteres, la meitat de les quals viuen soles i la resta amb la família o altres fórmules. La soledat física no és tan prevalent com en el cas del Telèfon de l'Esperança. La majoria no treballen, encara que les persones amb feina remunerada són més abundants entre les trucades al Telèfon de Prevenció del Suïcidi que en les de l'Esperança. La influència territorial és similar.

En el cas de la prevenció del suïcidi, les problemàtiques de salut mental són molt més presents que al Telèfon de l'Esperança.

Si aquest és el perfil anònim de les persones que fan servir el telèfon de tots dos serveis, la dimensió exacta de la totalitat de l'iceberg és més difícil de dibuixar. Les problemàtiques que recullen en les seves converses els escoltes i orientadors/es dels serveis tenen un denominador comú que és el malestar personal que no troba en el seu entorn personal o social la confiança necessària per expressar-se i trobar consol i sí que el troba en la comunicació telefònica amb una persona que només coneix per la veu i que li ofereix comprensió i companyonia. Un malestar personal, que pot ser de diferents graus d'intensitat, però que sempre és viscut per la persona de forma suficientment problemàtica com per agafar el telèfon i explicar a una altra persona que no coneix personalment les seves preocupacions, encara que sigui, com molt bé expliquen els voluntaris/àries per sentir la seva pròpia veu i apaivagar la seva incomunicació.

Quin és l'abast d'aquest malestar, quines són les seves característiques i les causes que el provoquen són aspectes difusos, mal coneguts, que l'Observatori de l'Esperança pretén contribuir a esclarir.

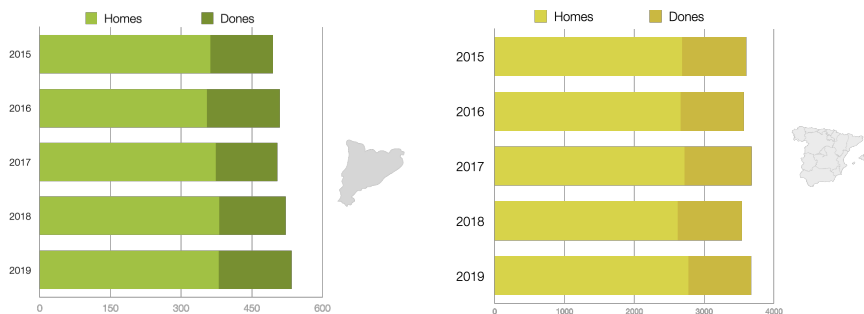
La dimensió dels comportaments suïcides

Pel que fa als actes suïcides, es disposa d'una certa informació a través dels registres estadístics de mortalitat¹, tot i que segurament hi ha actes suïcides que no estan prou registrats, com poden ser alguns dels accidents de trànsit, però que en tot cas es refereixen als suïcidis consumats. Arribar a detectar els intents de suïcidi o, més encara, l'abast de les ideacions suïcides, és una qüestió encara poc resolta en relació amb la qual només es poden fer aproximacions.

El 2019, últim any del qual hi ha dades estadístiques, hi va haver 3.671 suïcidis a Espanya i 535 a Catalunya, cosa que significa un suïcidi cada dues hores i mitja a Espanya i un cada 16 hores i 22 minuts a Catalunya. De gener a maig del 2020 no sembla que hagin augmentat el nombre de suïcidis tant a Espanya com a Catalunya, però caldrà esperar a l'actualització de tot l'any per poder treure conclusions sobre l'impacte de la Covid-19 en el comportament suïcida.

L'any 2018 a Catalunya el suïcidi va ser una les primera causes de mort entre una llista de 73 malalties o causes, especialment en les franges d'edat entre 25 i 44 anys en les quals el suïcidi va ocupar el primer lloc.

Evolució de les taxes de suïcidi a Catalunya 1999-2018

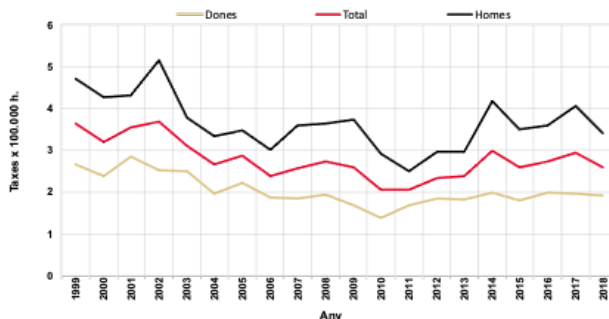


Font: INE

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

Fins al 2010-2011, les taxes de suïcidi es van anar reduint a Catalunya, per després anar-se incrementant, a falta de comprovar l'impacte de la Covid-19.

Evolució de les taxes de suïcidi a Catalunya 1999-2018



Font: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Els estudis sobre prevalença dels comportaments suïcides entre la població donen xifres molt variades. L'OMS, alerta de l'extensió dels suïcidis². A nivell mundial, es calcula que per cada suïcidi consumat hi ha unes 20 persones que ho intenten, i que entre el 30% o el 40% dels suïcidis consumats ho han intentat abans alguna vegada. Els homes aconsegueixen consumir el suïcidi més que les dones, en canvi elles fan més intents. Les taxes de suïcidi solen incrementar-se amb l'edat i en edats molt avançades un de cada tres intents és mortal.

Entre els diferents estudis realitzats des dels anys 70³, s'ha constatat una prevalença vital entre un 2% i un 18%⁴. Tanmateix, depenent de l'entorn concret de l'estudi, la prevalença en 12 mesos varia entre un 2,3% i un 8,7%⁵, i segons els territoris pot variar entre un 2,6% (a Chennai, Índia) i un 25,4% (a Durban, Sud-àfrica)⁶.

Les xifres també poden variar segons els grups d'edat. S'ha suggerit que entre els adults joves pot presentar-se entre el 10% i 12% de les persones⁷,

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., Aevansson, 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 Salud 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.

mentre que entre les persones majors pot aparèixer aproximadament en el 4% de les persones⁸.

Altres estudis estimen que una mitjana de 9,2 persones de cada 100 pensarà en el suïcidi al llarg de la vida, 3,1 ho planificaran i 2,7 ho intentaran⁹.

Un estudi recent basat en una enquesta domiciliària a una mostra de 5.473 individus representatius de la població espanyola major d'edat ha detectat una prevalença de les idees suïcides del 4,4% i dels intents en un 1,5%¹⁰. En un altre estudi dirigit a adolescents s'informa que el 4,1% de la mostra (1.664 participants de 14-19 anys) van manifestar que s'havien intentat llevar-se la vida en el darrer any¹¹.

Totes aquests xifres confirmen la importància de la temàtica i la seva repercussió social. Una actuació preventiva caldria que tingués en compte una aproximació al volum d'intents de suïcidi per tal d'intentar prevenir al màxim la conducta final o els mateixos intents. Sabem que la seqüència és primer una ideació suïcida, que pot acabar en una planificació molt meticulosa durant temps o que es pren la decisió amb molt poc temps, que alguns ho intenten una o diverses vegades abans d'aconseguir-ho mortalment i que altres ho aconsegueixen al primer intent. Seguint aquesta seqüència, i a partir de les dades dels estudis més recents i propers, calculant el 4,4% per a ideacions suïcides i el 1,5% per als intents, i aplicant-lo a la població major de 15 anys de Catalunya del 2020, es podria parlar que a Catalunya durant aquell any s'havien pogut produir uns 98.243 intents de suïcidi i unes 288.182 ideacions. Aquestes xifres són totalment aproximatives, però permeten fer-se una idea molt general de la dimensió del problema que pot ser útil a l'hora de dissenyar mesures i iniciatives preventives.

La dimensió de la comunicació social

Aquesta segona dimensió de les problemàtiques que atén el Telèfon de l'Esperança requereix encara una aproximació més complexa perquè els seus contorns són més difusos. Si es pren com a referència les situacions perso-

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 Salud 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.

nals que expliquen les persones que recorren al telèfon, els problemes d'incomunicació estan relacionats principalment amb la soledat, les dificultats de relació interpersonal, la malaltia física, la malaltia mental i la pobresa. Per tal d'intentar una aproximació a dimensionar aquests problemes, s'ha triat la soledat, la malaltia mental i la pobresa, sobre les quals hi ha una certa informació.

El nombre de persones que viuen soles a Catalunya era l'any 2019 de 786.000 persones, de les quals, 343.600 eren homes i 442.400 dones. Un total d'un 13,3% de la població. Evidentment no totes les persones, ni de bon tros, que viuen soles tenen problemes de soledat i, al contrari, moltes de les persones que se senten soles viuen en companyia d'altres. L'enquesta de salut de l'Agència de Salut de Barcelona de l'any 2016¹² recollia que entorn d'un 10% de la població major de 65 anys de la ciutat manifestava soledat entesa com a manca de companyonia. A Catalunya, l'any 2019 hi havia 334.000¹³ persones de més de 65 anys que vivien soles. Aplicant la proporció anterior sobre aquesta població podria considerar-se que unes 33.400 persones majors de 65 anys a Catalunya estan en una situació de percepció subjectiva de manca de companyonia.

L'enquesta ESCA sobre salut de la Generalitat de Catalunya¹⁴ va considerar l'any 2020 que un 9,4% de la població major de 15 anys tenia una escala de suport social feble, això significava unes 605.010 persones.

La mateixa enquesta detectava el 2020 que un 10,2% de la població major de 15 anys manifestava patir una situació de depressió, un 16,5%, ansietat, i un 6,9%, algun tipus de trastorn mental. Això pot suposar entre 450.000 i un milió de persones.

Finalment, segons IDESCAT el 2019¹⁵ la població amb una situació de risc de pobresa (taxa AROPE) era del 23,6% de la població, i la població amb privació material severa era del 5,7%, proporcions que abasten entre 430.000 i 1.800.000 persones.

Aquestes magnituds poden ajudar a situar l'univers de la problemàtica personal i social que el Telèfon de l'Esperança atén de forma anònima. No ens atrevim a concretar-les més, ni a donar una xifra aproximada de tot l'univers; caldrien estudis més aprofundits per tal de concretar de forma realista els

12. Bartoll X, Pérez K, Pasarín M, Rodríguez-Sanz M i Borrell C. Resultats de l'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). Població de 20 anys i més que viu sola. Per sexe i grups d'edat. 2019 [Conjunt de dades]. Anuari estadístic de Catalunya. <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). Població a 1 de gener. Per sexe i grups d'edat. 2019 [Conjunt de Dades]. Anuari estadístic de Catalunya. <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=253&t=2019>

contorns de la problemàtica. Però una conclusió sembla clara, es tracta d'una qüestió rellevant, no marginal sinó àmpliament present a la nostra societat.

Els factors explicatius

Ambdues problemàtiques, l'acció suïcida i la comunicació social, sovint interrelacionades, presenten alguns trets conjunts. Tots dos són fenòmens complexos que obeeixen a una multiplicitat de factors interdependents i interrelacionats i, d'altra banda, són fenòmens que tendeixen a ser invisibilitzades perquè comporten un elevat grau de culpabilització.

El conjunt de factors personals i de l'entorn social que intervenen com a elements acompanyants, desencadenants o causants pot ser més o menys conegut, però la xarxa de les seves interrelacions i dependències adquireix un grau de densitat tal que dificulta l'explicació racional de tots dos fenòmens.

Sense pretensions explicatives, només intentant acotar les problemàtiques per aportar eines analítiques a l'acció social, tots dos fenòmens comporten la interrelació evolutiva en el temps d'un conjunt de factors d'ordre psicològic relacionats amb l'estructura de la personalitat dels individus, i un conjunt de factors d'ordre social relacionats amb l'estructura social dels contextos en què viuen aquests individus. És a dir, són necessàries les eines de la psicologia i de l'anàlisi social per tal d'abordar les dues qüestions. Malgrat les dificultats del coneixement profund dels dos fenòmens, cal seguir desenvolupant línies de recerca per tal de progressar en la seva comprensió científica, a partir de la qual construir estratègies sòlides d'abordatge i prevenció.

Tots dos fenòmens poden ser considerats que formen part dels riscos de la vida i de la llibertat humana. Tant el suïcidi com la comunicació social severa són inevitables, formen part de les possibilitats de la llibertat dels individus. L'acció humana mai no és totalment controlable, ni en les situacions més extremes de control social (presons, manicomis...) és possible evitar-les totalment, si no és reduint la llibertat humana a extrems que actualment són rebutjats per la consciència social majoritària de la població.

Però que no siguin evitables totalment no vol dir que no hi hagi una responsabilitat col·lectiva per tal que la societat posi a disposició dels individus els recursos i les eines per tal que puguin afrontar les vicissituds i els riscos de viure, i encara menys que aquests recursos no siguin accessibles de forma equitativa.

Per dissenyar i posar a l'abast de tothom aquestes eines, cal conèixer millor la fenomenologia de les dues problemàtiques i com a mínim els factors i els contextos desencadenants per tal de minimitzar-los i que els entorns socials siguin el més amicals possible perquè ajudin els individus a processar-los millor i evitar l'activació d'actituds suïcides o d'incomunicació.

Els contratemps i els riscos de la vida són afrontats per la gran majoria de la població amb diferents tipus de comportaments socials i personals i amb diferents graus de felicitat i benestar individual. Però per a una part de la població, com s'ha vist no negligible, arriben a generar una situació de tensió tal que és viscuda com a insuportable, i poden conduir a generar ideacions suïcides. Aquesta és la part de responsabilitat personal. Però els contextos, personals, familiars, socials, laborals, econòmics, emotius, territorials en què viuen aquestes persones hi tenen un paper important, i aquí entra la responsabilitat col·lectiva, que no solament afecta la responsabilitat institucional de la col·lectivitat, sinó que implica la responsabilitat de la comunitat o a cadascun dels altres, és a dir, de tothom. Ambdós fenòmens no es poden resoldre, ni tan sols minimitzar per real decret o només posant a l'abast recursos i mitjans, sinó que cal la mobilització de tota la col·lectivitat. Saludar la veïna de l'escala, que sabem que viu sola i que no surt mai de casa, i aturar-nos cinc minuts per comentar qualsevol cosa i interessar-nos per la seva vida, requereix elevar la consciència de col·lectivitat i les obligacions socials que comporta.

Però per aconseguir una actuació col·lectiva, institucional i comunitària que sigui més favorable per a les persones que interioritzen de forma insuportable les tensions de la seva vida, cal abordar una altra qüestió comuna a tots dos fenòmens: la invisibilitat provocada per la culpabilització d'un comportament suïcida i d'aïllament social.

L'acte del suïcidi perquè trenca la norma social de defensa de la vida, i la incomunicació perquè contradiu el caràcter relacional de l'ésser humà, comporten una estigmatització que va més enllà de les persones que ho viuen i afecta també el seu entorn més immediat i que contribueix a la invisibilitat dels dos fenòmens.

L'individu que construeix ideacions suïcides no ho sol comunicar, i molt sovint s'arriba a la temptativa i al suïcidi consumat sense que ni els més pròxims ho hagin pogut sospitar. Tota la ideació suïcida es porta en el més profund de la intimitat personal. El sentiment de culpabilitat per idear la ruptura d'un dels valors socials més preuats com és el dret a la vida, condueix a amagar, fins i tot a dissenyar, estratègies de confusió per tal que ningú no pugui intuir que s'està preparant un acte suïcida. Les històries recollides en són un clar testimoni.

Estigmatització és clarament un exercici de defensa de la resta de la societat del principi del valor de la vida¹⁶. És la consolidació d'una norma social i cultural per guiar el comportament dels individus que conviuen en una comunitat.

Dissenyar estratègies de prevenció del suïcidi suposa resoldre finament el dilema de com enfortir el valor cultural en pro de la vida, necessari per a la cohesió social de qualsevol societat, i evitar l'estigmatització del comportament suïcida per tal d'evitar la seva invisibilitat i poder-lo abordar més fàcilment i eficaçment. Qualsevol estratègia preventiva no pot oblidar aquests dos elements.

Un raonament similar es pot aplicar a les situacions d'incomunicació. La situació d'una persona que sent com a insuportable l'aïllament de no poder comptar amb ningú del seu entorn a qui expressar-li els temors, tensions, pors o ansietats, és menystinguda i culpabilitzada per part de la persona que ho pateix, però fins i tot també per les persones més properes que no entenen la seva "rarsa" o com ha pogut arribar a tal extrem. Aquesta situació s'agreuja en el cas que l'individu pateixi alguna malaltia mental que provoqui algun comportament no normatiu. La norma del comportament normatiu esperat de tot individu juga aquí com a element de defensa del control social per part de la societat. Uns amaguen i els altres culpabilitzen una persona que es troba en aquesta situació, com bé expliquen les històries recollides pels escoltes que els atenen al Telèfon de l'Esperança.

L'exigència de la responsabilitat individual al compliment de la norma social a la recerca de la felicitat, com a motor de l'acció humana, comporta culpabilitzar els que no ho aconsegueixen i el rebuig dels altres a fer-se càrrec dels problemes d'infelicitat dels que ho pateixen. Uns amaguen la seva infelicitat i els altres s'escapen d'assumir càrregues alienes i el resultat és l'ocultació del fenomen de la soledat mal viscuda o la incomunicació severa.

Aquí ens trobem una altra vegada amb el fet que la comunicació no pot ser decretada per llei i, per tant, és necessari enfortir els nivells de solidaritat i implicació personal amb la col·lectivitat per oferir entorns que facilitin la comunicació de proximitat. Això només es pot fer des de la proximitat i la implicació comunitària. L'equilibri entre l'exigència de la responsabilitat personal i la implicació col·lectiva també és present en aquest punt.

L'oferta d'un substitut d'una veu amiga anònima, que troba el seu fonament en la metodologia de l'escolta activa, és una estratègia que ha demostrat la seva eficàcia, però no pot substituir l'acció per promoure unes relacions de proximitat més implicades comunitàriament.

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

La repercussió social

La incomunicació social s'ha relacionat amb la soledat, amb la malaltia mental i amb les taxes de suïcidi, fins a tal punt que en dos països, el Japó i el Regne Unit, s'ha creat un ministeri de la soledat, preocupats per la dimensió del tema, però sobretot per la seva repercussió social. La pandèmia de la Covid-19 amb les restriccions a les relacions socials, hauria agreujat el problema. S'ha arribat a considerar la soledat com el gran repte o pandèmia del segle XXI. Es relaciona la soledat amb manca de productivitat, amb major risc de malaltia, canvi en els hàbits de consum i de relacions interpersonals, especialment entre els joves.

Amb l'inici de la decadència de la societat industrial amb el crac del petroli dels anys 70 i la teorització de les societats postindustrials, tota una sèrie de teories sociològiques per descriure la nova modernitat insistien en el trencament de les formes clàssiques de socialització com la família tradicional, la seguretat dels valors tradicionals, la inseguretat en el mercat de treball, la inseguretat de la globalització, la urbanització creixent en grans ciutats, com a elements que estaven canviant la vida social i el comportament de les persones consolidant el valor de l'individualisme i el consumisme. La teorització de la societat del risc de Ulrich Beck¹⁷ i d'Anthony Giddens¹⁸ o de la societat líquida per Zygmunt Bauman¹⁹, apunten a la fragilització de l'individu mancat de suports comunitaris en transformació per abordar els canvis culturals, socials i econòmics del temps que els ha tocat viure. Aquests factors estarien a la base del nou malestar de les societats modernes i avançades.

Des de la psicologia també s'advertia del patiment d'aquestes transformacions socials i l'adaptació dels individus a les noves situacions. També des de l'economia, el premi Nobel Joseph E. Stiglitz anunciava el malestar arran de la globalització²⁰.

Amb l'acceleració de les transformacions socials i econòmiques cap a la societat digital, les referències al malestar social i cultural en les societats més avançades s'han anat incrementant. Cada societat té el seu malestar, i amb l'augment de les capacitats reflexives de les nostres societats avançades, cada vegada en som més conscients des que Freud va teoritzar-ho en el seu famós assaig sobre el Malestar en la Cultura²¹, i aquest malestar s'aguditza en el processos de transformació dels models socials, com els que estem travessant en l'actualitat.

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.

Vist des de la perspectiva històrica de l'evolució de les societats, els processos de canvi de models socials cobreixen un període extens, normalment convuls, per l'acumulació de canvis en diferents àmbits tecnològics, científics, econòmics, culturals i socials que exigeixen un esforç suplementari d'adaptació per part de tota la població. Es construeixen nous patrons de comportament individual i col·lectiu, es transformen els valors, les institucions de socialització primària, les formes de família i el seu rol, els mecanismes de relació humana, les relacions amb el veïnat... En aquestes èpoques es construeixen nous models culturals i socials de la individualitat i la seva relació amb la societat i la comunitat.

En la societat industrial, el pas de la societat rural i agrícola a la industrial va suposar transformacions importants en els valors familiars, els models d'identitat dels individus, els models de comportament entre els gèneres, les relacions veïnals en un context urbà, els models de consum... La individualitat es va autonomitzar alguns graus més de la comunitat per la transferència a l'Estat d'algunes de les funcions que la família i l'entorn primari exercia com a xarxa de suport dels individus. Aquest procés es va concretar, especialment a Europa, en els models d'Estat del Benestar, en el qual l'Estat proveeix dels serveis materials necessaris per cobrir les possibles eventualitats de la vida, per assegurar unes condicions de producció estables on les activitats dels mercats poguessin preveure i dur a terme els càlculs necessaris de seguretat econòmica.

En la mesura que les transformacions tecnològiques i econòmiques dels processos de producció en unes condicions de globalització de l'activitat econòmica inicien l'evolució de la societat industrial cap a la societat digital o del coneixement, aquest marc estable explota i requereix als individus un nou esforç d'adaptació, que en els primers moments dels canvis, a finals del segle XX, són percebuts com a noves tendències i com la construcció d'un nou model d'individualitat, en el qual els individus totpoderosos poden viure amb graus més elevats de llibertat i gairebé com a déus que poden modelar els cossos, decidir sobre la vida, la natura, les lleis conegudes de la física, i gairebé crear nova vida.

Aquesta eufòria inicial es transforma progressivament, a mesura que avança el segle XXI, en la constatació de la feblesa de la nova individualitat i l'exposició a nous riscos per la descompensació de la capacitat de controlar el propi entorn per part de l'individu, comparat amb la dificultat de la comunitat i de l'Estat del Benestar d'oferir-los les seguretats necessàries per planificar una vida còmoda, més quan la comoditat i la recerca de la felicitat es configuren com un dels valors prioritaris en les societats de l'abundància.

21. Freud, S., & Muñoz, A. B. (2017). El malestar en la cultura. Akal.

La redescoberta de la fragilitat de la condició humana i del nou prototipus d'individu del segle XXI, segurament conscienciats per la magnitud dels grans reptes del segle, especialment pels efectes del canvi climàtic i que per primera vegada es tem obertament per la seguretat de la vida en el planeta, comporta nous interrogants sobre el paper de la comunitat i de l'Estat del Benestar²².

Per viure feliçment en la nova societat digital calen uns individus més forts en el context d'una comunitat més densa i activa i amb un Estat del Benestar capaç d'universalitzar la cobertura de les contingències materials, però també que sigui capaç d'oferir els suports necessaris per cobrir les tensions dels equilibris emocionals. Com a mínim durant la fase llarga de transició cap a la nova societat, en espera de poder construir nous marcs de seguretat i d'estabilitat en la maduració de la nova societat, necessaris per a l'expansió de les noves formes organitzatives tant econòmiques, com socials, culturals i polítiques, tal com ha succeït en tots els processos històrics de transformació dels models socials coneguts fins ara.

Aquests nous interrogants comporten també fer-se la pregunta sobre quin paper ha de tenir la comunitat i l'Estat en la regulació i provisió dels nous serveis de l'Estat de Benestar que vagi més enllà dels aspectes materials i assegurui també les tensions emocionals de la població. Neix així la concepció de la societat del benestar batejada com la societat de les cures, amb una nova distribució de funcions entre estat i comunitat en la definició i provisió dels serveis d'atenció a les persones, amb una renovada ambició que siguin estructurals i universals, vista l'experiència de les limitacions de l'Estat del Benestar del segle XX²³.

I la manera de fer del segle XXI exigeix que la societat de les cures²⁴ ha de ser compatible i fins i tot ha de promoure una llibertat individual encara més sòlida que ha d'anar acompanyada de responsabilitats individuals vers la societat i la comunitat també més elevades.

En aquest context, l'aïllament social i la soledat no desitjada, és viscuda tant individualment com col·lectivament com un fracàs. En plena explosió de la comunicació a través de les xarxes socials, en una societat superconnectada, exercint una forta pressió en el comportament de les persones, sembla com si la soledat fos un refugi per allunyar-se del soroll de la pressió social i guanyar una certa intimitat però que per a algunes persones es converteix en un patiment callat. L'alarma sona i s'estén²⁵.

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 superació del fracàs de la desconexió social no pot venir de l'estigmatització o la medicalització de la soledat, sinó de l'impuls d'unes noves bases de relacions personals basades en la solidaritat, l'empatia i les identitats col·lectives que siguin a l'hora el bressol d'unes individualitats amb molta més capacitat d'influir en les fronteres de la ciència, de l'espai i del temps en un nou context tecnològic, econòmic, urbà, territorial local i global, i al mateix temps l'espai de càrrega de noves energies, de cura de les tensions i de maduració de nous projectes col·lectius. Posar al centre dels processos de socialització dels individus les relacions personals i no les relacions institucionalitzades del consum i dels mitjans de comunicació que en tot cas haurien d'estar sota el control democràtic amb una jerarquia de valors consensuats col·lectivament.

És en les interseccions de la individualitat i la col·lectivitat en les quals és possible evitar la multiplicació dels perdedors de la transició cap a la societat digital i assegurar una vida de major benestar a tota la població, evitant reproduir les tensions dramàtiques que es van produir en el segle XX per no haver afrontat a temps i adequadament aquesta qüestió.

La conversa com a cura del malestar

Amb aquest titular un mitjà de comunicació²⁶ titulava l'experiència del Teatre Lliure de posar "la taula" com espai de conversa entre el públic amb un format alternatiu de debat públic en el qual tothom pot asseure-s'hi i opinar. L'experiència dels serveis del Telèfon de l'Esperança i el de la Prevenció del Suïcidi aporten cinc elements de reflexió:

- > Posen en valor el poder transformador de la conversa, encara que només sigui per ajudar a visualitzar les tensions i angoixes de la persona que s'expressa sota la pressió del malestar, i molt més quan contribueix a la seva elaboració racional, tal com expressen amb una gran lucidesa els voluntaris/àries que hi participen.
- > El caràcter voluntari de la relació dels individus amb el servei, tant dels seus usuaris/àries com dels prestadors/es que aporta un clima de llibertat altament constructiu i enriquidor per les converses a establir. És una relació en la qual totes dues parts hi surten guanyant personalment, uns perquè descarreguen tensions i els altres

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>

perquè reben més que el que donen, parafrasejant les declaracions d'alguns voluntaris.

- > En el cas del Telèfon de l'Esperança, la iniciativa de la societat civil a través de la Fundació Ajuda i Esperança contribueix a generar patrons i a difondre comportaments alternatius d'implicació comunitària de les persones. I en el cas del Telèfon de la Prevenció del Suïcidi, la iniciativa pública d'establir una col·laboració públic-privada entre l'Ajuntament de Barcelona i la Fundació materialitza una de les línies més prometedores per afrontar els reptes de les societats avançades, avui àmpliament reconegudes però de materialització encara incipient.
- > L'exigència d'una elevada professionalització dels voluntaris de l'escolta basada en un rigorós control metodològic dels processos de les converses que faciliti la incorporació de tota l'acumulació del saber i la intel·ligència col·lectiva desenvolupada per les ciències humanes i socials.
- > L'anonimat entre l'usuari/ària i l'escolta o l'orientador/a contribueix a generar un clima de confiança en un espai de temps molt curt totalment necessari per facilitar la ràpida manifestació del malestar intern. El repte que planteja aquest recurs d'urgència és la seva articulació en un conjunt de recursos que facilitin la resolució dels factors desencadenants del malestar.

D'aquesta reflexió, en surten diverses propostes de desenvolupament futures a partir de l'anàlisi de les dades obtingudes:

- > L'extensió territorial dels serveis telemàtics dels dos telèfons per tal de poder arribar més fàcilment a un públic més ampli per a la seva integració en les xarxes de suport local que facilitin tant la detecció preventiva dels problemes com la mobilització dels recursos de proximitat per al seu tractament.
- > L'especialització de l'atenció telefònica en les diverses problemàtiques detectades i amb la diversitat de públics que les pateixen (adolescents i joves, gent gran, immigrants, violència de gènere...).
- > L'impuls d'un espai de trobada científica que posi en comú els coneixements i els avenços en la comprensió de les noves condicions del malestar personal i de les metodologies i eines per abordar-lo.
- > L'impuls d'una línia de comunicació i difusió per contribuir a generar la presa de consciència entre la ciutadania i els responsables de les administracions públiques per mobilitzar recursos i voluntats per

avançar en la construcció de noves pautes de les relacions personals i col·lectives.

En síntesi, es tracta d'atrevir-nos a abordar amb confiança i visió de futur els reptes i les tensions que provoca la transició cap a noves formes socials impulsades per les innovacions tecnològiques i econòmiques de forma que siguin generadores d'un major benestar personal i col·lectiu.



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 figure 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.

Fundació Ajuda i Esperança

La Fundació Ajuda i Esperança és una organització privada sense ànim de lucre creada el març de 1987 per a promoure, fomentar i donar suport al servei de comunicació i orientació urgent i immediata anomenat Telèfon de l'Esperança. Aquest servei d'atenció telefònica va ser fundat el 19 de març de 1969 per Mossèn Miquel Àngel Terribas, promotor i director fins a la seva mort l'any 1986.

La seva missió és oferir atenció social a través de persones voluntàries en un marc de total anonimat i confidencialitat amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida i el benestar emocional de les persones que viuen situacions de solitud, incomunicació o patiment, contribuint així a crear una societat més solidària, acollidora i resilient.

Patronat de la Fundació



Rosa Navas
Presidenta



Ramón Tous
Vicepresident



Javier Martinez
Secretari



Pedro Barceló
Tresorer



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

