



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Alumno/a: Ascensión Vico Ortega

Tutor/a: Mónica Hernández López

Dpto: Psicología

Octubre, 2023

Este Trabajo Fin de Grado tiene una extensión de 10.087 palabras sin contar portada, índice y bibliografía.

Índice

1. Resumen	1
2. Introducción	2
3. Epidemiología del suicidio	3
3.1. A nivel global	3
3.2. A nivel nacional	4
4. Conceptualización de la conducta suicida	6
5. Factores de riesgo y protectores	11
5.1. Factores de riesgo	11
5.2. Factores de protección	15
6. Marco normativo sobre la prevención del suicidio	16
7. Intervenciones desde el Trabajo Social	19
7.1. Prevención de la conducta suicida	21
7.2. Intervención para mejorar la concienciación y reducción del estigma	22
7.3. Intervención en procesos de duelo por suicidio	25
7.4. Intervención con personas con tentativa suicida y supervivientes	26
8. Conclusiones	28
9. Referencias	29

1. Resumen

El suicidio y las conductas suicidas representan un importante desafío para la salud pública a nivel mundial. En este trabajo se abordarán los conceptos claves sobre las conductas suicidas y el suicidio dado que ambos presentan una conceptualización compleja. Asimismo, se destacará su origen multicausal y la relevancia del estudio de los factores de riesgo y protectores, así como de las diferentes estrategias para contrarrestarlos y promover la prevención. Por último, se hará referencia a la importancia de la figura del trabajador y trabajadora social dentro de la prevención del suicidio y de las conductas suicidas, aportando una base de estudio biopsicosocial, lo que asegura un mayor éxito para contrarrestar y prevenir dichas conductas. A lo largo de este trabajo, de forma transversal, se resaltará el Trabajo Social como disciplina esencial a la hora de abordar el proceso suicida.

Palabras clave: Suicidio, conductas suicidas, factores de riesgo y de protección, Trabajo Social.

Abstract

Suicide and suicidal behaviors represent an important challenge for public health worldwide. This paper will address the key concepts of suicidal behaviors and suicide since both present a complex conceptualization. It will also highlight their multicausal origin and the relevance of the study of risk and protective factors, as well as the different strategies to counteract them and promote prevention. Finally, reference will be made to the importance of the figure of the social worker in the prevention of suicide and suicidal behaviors, providing a biopsychosocial study base, which ensures greater success in counteracting and preventing such behaviors. Throughout this work, in a transversal way, Social Work will be highlighted as an essential discipline when dealing with the suicidal process.

Key words: Suicide, suicidal behaviors, risk and protective factors, Social Work.

2. Introducción

El suicidio constituye uno de los problemas de salud pública más preocupantes a nivel mundial. Se calcula que cada año fallecen alrededor de 700.000 personas en el mundo a causa del suicidio, y por cada una de ellas muchas más son las que lo intentan. La Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, señala la falta de priorización sobre este tema y su prevención por parte de los Gobiernos de los distintos países, al igual que subraya la persistencia del estigma y tabú que en la actualidad aun conlleva el suicidio, lo que provoca que muchas personas ni siquiera pidan ayuda.

Son muchas las razones que llevan a una persona a tomar la decisión de terminar con su vida, y antes de hacerlo puede experimentar pensamientos e ideas suicidas y llevar a cabo “conductas suicidas”. Estas, junto al suicidio consumado son un fenómeno complejo que involucra múltiples dimensiones y causas interconectadas. Comprender, evaluar, definir, tratar y prevenir este fenómeno requiere una perspectiva integral, tomando en cuenta factores psicológicos, biológicos y sociales.

El objetivo de esta revisión es estudiar el concepto de conducta suicida e investigar la relevancia del trabajo social en la detección, intervención y prevención del suicidio. Para ello, se debe definir conceptualmente los diferentes términos que abarcan las conductas suicidas, así como identificar factores de riesgo y protectores relacionados con el concepto, e investigar las intervenciones que realiza el trabajo social.

En definitiva, este trabajo de fin de grado tiene como objetivo conocer y abordar la situación epidemiológica actual del suicidio a nivel global y nacional, así como la conceptualización e identificación de factores de riesgo y protección. Paralelamente, se lleva a cabo una aproximación al marco normativo actual en materia de prevención en España. Por último, se destaca la relevancia del trabajo social en este contexto como una figura profesional esencial, abarcando de manera conjunta los aspectos cruciales de la intervención en procesos de duelo y la atención a personas con tentativas suicidas y supervivientes desde la perspectiva del trabajo social.

3. Epidemiología del suicidio

3.1. A nivel global

El suicidio representa un importante desafío para la salud pública a nivel mundial. A escala global, se estima que anualmente fallecen 703.000 personas a causa del suicidio. Esta problemática se sitúa entre las principales causas de muerte a nivel mundial, superando en número de víctimas a enfermedades como la malaria, el VIH/SIDA, el cáncer de mama, las guerras y los homicidios (Organización Mundial de la salud [OMS], 2021).

En el año 2019, el 1,3% de todas las defunciones fueron resultado de suicidios. Aun así, las estadísticas proporcionadas no tienen en cuenta los intentos de suicidio, los cuales se estima que son mucho más frecuentes, llegando a ser entre 10 y 20 veces más comunes que los casos de suicidio que resultan en la muerte de la persona (OMS, 2021).

En su último informe, *Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates*, la OMS, analiza los datos de suicidio en todo el mundo. Según los datos disponibles, en 2019 la tasa global de suicidios estandarizada por edad fue de 9,0 por cada 100.000 habitantes. Esta tasa fue mayor en hombres, alcanzando 12,6 por cada 100.000, en comparación con las mujeres, cuya tasa fue de 5,4 por cada 100.000. Se evidencia una marcada diferencia en las tasas de suicidio entre hombres y mujeres (OMS, 2021).

A nivel global, las muertes por suicidio en hombres superan en más del doble a las de las mujeres, sin embargo, esta diferencia fue menor en los países de ingresos bajos y medianos, por lo que se observa una variación en la distribución de estas muertes según el nivel de ingresos de los países. En las naciones de ingresos altos, los fallecimientos de hombres por suicidio son más prevalentes, mientras que en los países de ingresos medios se reportan tasas más altas de suicidio en mujeres (OMS, 2021).

En cuanto a la distribución geográfica, la mayoría de las muertes por suicidio ocurrieron en países de ingresos bajos y medios, representando el 77% del total, ya que estos países albergan a la mayor parte de la población mundial. A pesar de ello, aunque la mayoría de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medios, se observa que los países de ingresos altos tienen tasas de suicidio estandarizadas por edad más elevadas, como es el caso de Europa, donde se registró una tasa de 10,5 suicidios por cada 100.000 habitantes, superando así el promedio mundial (OMS, 2021).

Asimismo, es importante resaltar que el suicidio ocupa el cuarto lugar a escala global como causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años, después de los accidentes de tráfico, la tuberculosis y la violencia interpersonal, siendo así éste uno de los grupos más vulnerables. En 2019 se documentó a nivel global un total de 167.917 casos de suicidio en individuos menores de 29 años, de los cuales 10.196 correspondieron a niños menores de 15 años (OMS, 2021).

3.2. A nivel nacional

En España, el suicidio se ha establecido en una posición sólida como la principal causa de fallecimiento externo o no natural desde 2008. Los datos epidemiológicos presentan una tendencia preocupante, que se ha visto incrementada en los últimos cuatro años, y especialmente tras la pandemia de COVID-19. Según el Instituto Nacional de Estadística, en adelante INE, se observa un aumento en el número de defunciones por suicidio y lesiones autoinfligidas. En 2018 se registraron 3.539 casos, cifra que aumentó a 3.671 en 2019 y a 3.944 en 2020 (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2023).

Los datos más recientes disponibles corresponden a 2021, año en el que se registraron un total de 4.003 defunciones, en concreto, 2982 hombres y 1021 mujeres (INE, 2023), lo que se traduce según la Fundación Española para la Prevención del Suicidio, en adelante FSME, en un promedio cercano a 11 suicidios diarios y a un suicidio cada 2 horas y cuarto, siendo así, una cifra histórica y la más alta reportada desde 1980 (FSME, 2021).

Es pertinente señalar que ha habido un aumento significativo en el número de suicidios por cada 100.000 habitantes desde el inicio de la pandemia. Según datos proporcionados, la tasa de suicidios por cada 100.000 habitantes ha experimentado un incremento, pasando de 7,8 en 2019 a 8,4 en 2021 (INE, 2023). De la misma manera, resulta relevante destacar que a lo largo de este siglo se ha observado un incremento del 18% en los casos de suicidio. Ligado a lo anteriormente reportado, este incremento ha sido especialmente notable en el caso de las mujeres, registrando un aumento del 25% (FSME, 2021). Reiterando el anterior dato, la tasa de suicidios en población masculina casi triplica a la femenina.

En cuanto a las zonas del territorio nacional que presentan una mayor incidencia de suicidio por cada 100.000 habitantes, se encuentra que los últimos datos fueron registrados en España durante el año 2019. En este año, se observa que la comunidad autónoma con mayor tasa de mortalidad por suicidio fue Asturias con una tasa de 10,12, seguida de Galicia con 9,93 y Andalucía con 9,3 (INE, 2023).

Al analizar las franjas de edad, se observa que el intervalo de edad más afectado por el fenómeno objeto de estudio es el comprendido entre los 40 y 59 años, seguidos de los adultos mayores, con edades de entre 60 y 79 años, y finalmente también con una prevalencia significativa los jóvenes de 20 a 39 años. Concretamente, el grupo etario más afectado es el de 50 a 54 años, con 460 defunciones registradas en 2021, en específico, 323 hombres y 137 mujeres (INE, 2023).

Igualmente, es preocupante el aumento de suicidios entre los más jóvenes. En la actualidad, el suicidio se representa como la principal causa de muerte no natural en edades comprendidas de entre 15 y 29 años. Solo en 2021 se registraron en este rango un total de 338 casos, de los cuales 251 eran hombres y 87 mujeres (INE, 2023). De modo similar, se ha reportado un número histórico en fallecimientos de menores de 15 años durante el año 2021, en el que se contabilizaron 22 casos, superando por primera vez la cifra máxima de 14 defunciones. Es alarmante destacar que el suicidio entre menores de 15 años se ha duplicado en comparación con el año 2020, pasando de 7 a 14 casos. Además, en el caso de las niñas menores de 15 años, se ha registrado por primera vez un total de 8 defunciones por suicidio (FSME, 2021).

La Fundación ANAR destaca, a través de un estudio centrado en la conducta suicida y la salud mental, la complejidad y el desafío que representan ambos conceptos, especialmente en el grupo vulnerable de niños y adolescentes. Estas cuestiones plantean un gran reto en el ámbito de la salud pública. Abordarlas adecuadamente requiere enfoques multifactoriales que impliquen la colaboración entre organismos públicos y privados, así como la participación de entidades del tercer sector especializadas en la prevención, detección y atención de la salud mental durante esta etapa de la vida (Fundación ANAR, 2022).

Durante el año 2021, se proporcionó asistencia desde la Fundación ANAR a un total de 251.118 solicitudes de ayuda, lo cual representa un incremento del 50,9% en comparación con el año anterior. Específicamente, 16.442 menores de edad recibieron atención y seguimiento para abordar sus circunstancias. Se destaca que los problemas relacionados con la salud mental y psicológica constituyeron el 32,5% de las solicitudes recibidas. De manera significativa, las consultas relacionadas con ideas suicidas, intentos de suicidio y autolesiones alcanzaron un total de 7.770 solicitudes de ayuda, evidenciando un aumento de 18,8 veces en la última década (Fundación ANAR, 2022).

4. Conceptualización de la conducta suicida

El suicidio y la conducta suicida son un importante problema social y de salud pública en todo el mundo. Su conceptualización es compleja, y existen diversas definiciones y clasificaciones que se tratarán de delimitar en las siguientes páginas. Una de las definiciones más conocidas es la de la OMS, la cual define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por la persona, sabiendo y esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida [GPC], 2012, p.43).

Etimológicamente el término "suicidio" se deriva del latín "sui" (uno mismo) y "occidere" (dar muerte). Desde la RAE (Real Academia Española) suicidio se define como “acción y efecto de suicidarse” y “acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”. Por consiguiente, suicidarse se define como “quitarse voluntariamente la vida” (RAE, 2023).

Sin embargo, algunos autores sugieren que, aunque la muerte es el resultado final, el objetivo de las personas que se suicidan puede no ser ese. El suicidio sería una forma extrema de evitación del dolor y el malestar. Las personas se encontrarían en muchas ocasiones en un estado de sufrimiento tal, que, dada su manera de percibirlo y gestionarlo, les llevaría hasta al extremo de sentir que son incapaces de librar esta batalla, viendo el suicidio como la única salida. Desde esta perspectiva, la Asociación de Supervivientes Después del Suicidio [DSAS] (2023), define el suicidio como el resultado de un terrible sufrimiento emocional, en el que nadie quiere morir, ni siquiera las personas que se suicidan.

Las conductas suicidas constituyen un fenómeno de naturaleza compleja, caracterizado por múltiples dimensiones y causas interconectadas. Su comprensión, evaluación, delimitación, evaluación, tratamiento y prevención demanda una perspectiva holística que se enfoque en el individuo y su entorno (incluyendo aspectos como la familia, los entornos educativos, las medidas legales, etc.), abordando factores biológicos, psicológicos y sociales. Es relevante subrayar, además, que no se cuenta con una solución simple para este desafío (Fonseca-Pedrero y Pérez, 2020).

Apoyando este punto de vista, Burgos-Varo et al. (2017) señala que un abordaje biopsicosocial que incluya la persona, la familia y la comunidad resulta el enfoque necesario para mejorar el bienestar y la salud, y es ahí donde interviene como figura esencial el trabajador

social para garantizar una visión global de las personas y de la red de apoyos (Burgos-Varo et al. 2017). En concreto, este enfoque es de vital importancia en el trabajo social, especialmente en el ámbito sanitario, ya que proporciona información y valoración a los equipos multiprofesionales sobre factores de gran importancia que anteriormente podrían haber sido pasados por alto (Jueas-Celorio et al., 2020).

La conducta suicida no se limita al suicidio consumado. Diferentes autores sugieren que existe una amplia gama de conductas que se deberían tener en cuenta y que abarcan desde la ideación, el intento de suicidio, las acciones preparatorias hasta la consumación del suicidio en sí (Christine, 2021).

En la ideación suicida se incluyen una gama de manifestaciones que van desde pensamientos transitorios sobre la ausencia de propósito o valor en la vida, hasta reflexiones breves sobre la muerte, e incluso puede extenderse hasta la elaboración de planes concretos y persistentes para autolesionarse o la persistencia obsesiva en la idea del suicidio (Ayuso-Mateos, 2011; Christine, 2021).

Este espectro de presentaciones puede limitarse a episodios agudos o presentar un carácter crónico (Ayuso-Mateos, 2011); puede formar parte de un estado de ánimo deprimido o ser parte de un mecanismo activo para lidiar con el malestar o intentar evitarlo (Ayuso-Mateos, 2011); así mismo, podría manifestarse de forma pasiva (desear la propia muerte) o activa (como tener el deseo de suicidarse o concebir métodos específicos para llevarlo a cabo) (Cha et al., 2018).

Es importante destacar que la ideación suicida es mucho más común que los intentos de suicidio o los suicidios consumados. Aunque la prevalencia de la ideación suicida puede variar significativamente en distintos grupos de edad, se ha sugerido que, en adultos jóvenes, este fenómeno puede afectar a aproximadamente el 10% al 12% de la población (Ayuso-Mateos, 2011).

Por otro lado, el concepto de intento de suicidio se ha descrito como una acción destinada a acabar deliberadamente con la propia vida (Cha et al., 2018). Dicha acción no tiene por qué conducir necesariamente a la muerte, pero sí implica la intención de la persona de poner su vida en peligro o causar daño corporal. En ocasiones es realizada con el propósito de provocar cambios en su entorno o en su propia situación (Junta de Andalucía, 2023). En cualquier caso, se trata de una conducta potencialmente lesiva y perjudicial autoinfligida, la

cual puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método. A diferencia del suicidio consumado, que es entendido como aquella muerte autoinfligida, con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de auto provocarse la muerte (GPC, 2012).

Algunos autores defienden que las diferencias entre el intento de suicidio y suicidio consumado no se limitan al resultado final, sino que puede haber también diferencias en cuanto a la motivación que impulsa al individuo a llevar a cabo la acción. Por ejemplo, en los intentos de suicidio, la muerte puede convertirse o no en un medio a través del cual la persona busca lograr un cambio específico en sus relaciones interpersonales. La lista de funciones o motivaciones asociadas a los intentos de suicidio podría ser extensa, incluyendo buscar ayuda, expresar acusaciones, denunciar situaciones, evitar el abandono, entre otras. Estas funciones difieren de las del suicidio en sí mismo que, como se ha indicado, está más centrado en la evitación o escape de un malestar extremo. En este sentido, el intento de suicidio sería una representación o simulación de suicidio con fines interpersonales, sin que la persona realmente desee morir. Sin embargo, existe la posibilidad de que, accidentalmente, la persona pueda perder la vida, resultando así un suicidio consumado (García-Haro et al., 2019).

Dado que existen dos características que se presentan en todo suicidio, como la letalidad, que hace referencia al resultado del acto, y la intencionalidad, basada en la decisión de la persona, Silverman et al. (2007) realizaron una propuesta terminológica con el objetivo de integrar aspectos fundamentales provenientes de diversas definiciones. Esta revisión buscó abordar consideraciones específicas relacionadas con el resultado de la conducta, la naturaleza misma del acto, el grado de intencionalidad involucrado, así como el nivel de conocimiento o conciencia acerca de los posibles resultados derivados de dicha conducta.

Silverman et al. (2007) muestran en términos visuales las categorías más significativas de la reestructuración del modelo de O' Carroll (Figura 1).

Figura 1

Conductas relacionadas con el suicidio

MUERTE AUTOINFLIGIDA NO INTENCIONADA	MUERTE AUTOINFLIGIDA CON INTENCIÓN INDETERMINADA	SUICIDIO	RESULTADO MUERTE LESIONES NO LESIONES
AUTOLESIONES II	CONDUCTA INDETERMINADA RELACIONADA CON SUICIDIO II	INTENTO DE SUICIDIO II	
AUTOLESIONES I	CONDUCTA INDETERMINADA RELACIONADA CON SUICIDIO I	INTENTO DE SUICIDIO I	
NINGUNA	INDETERMINADA	ALGUNA	
INTENCIÓN			

Fuente: (Silverman et al., 2007).

Es importante tener en cuenta que el fenómeno del comportamiento suicida es complejo y no puede ser atribuido a un solo factor. Existen múltiples elementos interrelacionados que contribuyen a su manifestación y desarrollo. En las últimas décadas, diferentes autores han destacado la relevancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales para la comprensión de los comportamientos suicidas, aunque el factor al que se le ha prestado mayor atención ha sido al de los problemas de salud mental (OMS, 2014).

Desde la Fundación ANAR (2022) se alerta de que, dentro del ámbito de los problemas de salud mental, uno de los que ha experimentado un incremento notable en los últimos años es el suicidio. Esto constituye una preocupación especialmente grave debido a las terribles consecuencias que la conducta suicida tiene tanto para las personas que lo intentan como para sus familias. El suicidio es especialmente doloroso cuando afecta a niños y adolescentes. Por lo general, la conducta suicida parece ser el resultado de otro problema complejo o grave que enfrenta el menor para el que no encuentra una solución adecuada. El acto de suicidio se percibe

como una vía de escape irracional ante una situación desafiante. Con frecuencia, existe un trastorno de salud mental u otro problema subyacente, así como un evento estresante que desencadena dicha conducta (Fundación ANAR, 2022).

Según investigaciones en el campo de la autopsia psicológica, se ha encontrado que alrededor del 90% de las personas que han consumado el suicidio presentaban trastornos mentales (Hawton y Van Heeringen, 2009). No obstante, es importante tener en cuenta que los datos obtenidos a través de la autopsia psicológica pueden estar sujetos a sesgos. Esto se debe a que se trata de una recopilación retrospectiva de datos, y existe cierta tendencia a atribuir trastornos mentales a las personas que se suicidan. Además, la información la suelen proporcionar familiares y allegados, que tratan de buscar una explicación para el suicidio. Aunque la autopsia psicológica se considera un método válido para el estudio del suicidio consumado, es importante tener en cuenta estos posibles sesgos al interpretar los datos relacionados con los trastornos mentales y el suicidio (Cavanagh et al., 2003; Werlang & Botega, 2003, como se citó en GPC, 2012).

Si bien la conexión entre el suicidio y los trastornos mentales parece claramente establecida, no deberían obviarse otros factores de riesgo asociados. Una creciente investigación parece indicar que para comprender el riesgo de suicidio hay que tener en cuenta múltiples factores contextuales. Desde el trabajo social un fenómeno de gran relevancia es el de la estigmatización, que particularmente en relación con los trastornos mentales y el suicidio, conduce a que muchas personas eviten buscar ayuda. La concienciación en la comunidad y la eliminación de los estigmas son aspectos de gran importancia que deberían tener en cuenta los países que buscan prevenir el suicidio (OMS, 2014).

Así pues, la conducta suicida constituye un asunto de gran sensibilidad y relevancia en el ámbito de la salud mental, y se requiere adoptar medidas preventivas, tales como la detección temprana de las personas en situación de riesgo y el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud y el fomento del bienestar psicológico (Silva et al., 2013). Pero tampoco deberían olvidarse las necesarias medidas comunitarias que deberían centrarse en el desarrollo de comunidades saludable y la concienciación sobre el estigma asociado a los trastornos mentales y al suicidio. A pesar de que la evidencia científica demuestra que es posible prevenir un número significativo de muertes por suicidio, a menudo se observa una falta de prioridad por parte de los gobiernos y las autoridades reguladoras en abordar este problema (OMS, 2014).

5. Factores de riesgo y de protección

Las conductas suicidas y el suicidio tienen múltiples factores predisponentes, y su comprensión es un desafío complejo, razón por la cual, resulta muy relevante el estudio de factores de riesgo y de protección, así como hacer visible la importancia de estos, tanto a profesionales, como a familiares de personas que estén sufriendo esta situación, y a la sociedad en su conjunto, ya que pueden servir como señales de alerta que detectadas a tiempo, pueden ayudar a evitar que la ideación suicida progrese hacia la planificación o el intento de suicidio.

Especialmente para el trabajo social la identificación de estos factores es de suma importancia, ya que sus profesionales trabajan directamente con personas en situaciones de vulnerabilidad. Esta cercanía permite identificar, apoyar y proporcionar intervenciones efectivas a personas en riesgo, contribuyendo así a la prevención del suicidio y al bienestar de las comunidades atendidas.

Es importante señalar que la presencia de factores de riesgo no garantiza necesariamente la ocurrencia de un comportamiento suicida, sin embargo, la exposición a varios factores de riesgo puede aumentar la vulnerabilidad de una persona hacia el comportamiento suicida. Asimismo, los factores protectores también desempeñan un papel crucial mejorando la capacidad de recuperación de las personas, por lo que el estudio y abordaje de ambos tipos de factores, de acuerdo con las estrategias recomendadas por la OMS, puede desempeñar un papel efectivo en la prevención del suicidio (OMS, 2014).

5.1. Factores de riesgo

Los factores de riesgo son definidos como cualquier característica, circunstancia o exposición que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle una enfermedad o experimente un evento negativo, como en el caso que nos ocupa la conducta suicida. Pueden ser biológicos, psicológicos, sociales o ambientales (OMS, 2014).

Entre las diferentes clasificaciones establecidas, una de las más relevantes es la que los agrupa en dos categorías, factores de riesgo inmodificables, relacionados con características inherentes al sujeto o al grupo social al que pertenece, como la edad, el estado civil o las creencias religiosas; y factores modificables, que se encuentran asociados con aspectos sociales, psicológicos y psicopatológicos que pueden ser modificados mediante intervenciones clínicas a nivel individual o intervenciones a nivel de la población (Giner-Jiménez y Pérez-Solá, 2011).

Otras clasificaciones, como la de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida del Sistema Nacional de Salud (2012) distinguen entre factores individuales, familiares y contextuales. A continuación, se detallan algunos de los más relevantes.

Factores de riesgo individuales

- Trastornos mentales

El suicidio suele estar estrechamente relacionado con la presencia de trastornos mentales (Sarasola-Sánchez et al., 2016). Se estima que aproximadamente el 90% de los casos de suicidio consumado están relacionados con algún tipo de trastorno mental (Baca-García y Aroca, 2014). La depresión es el trastorno mental que más aumenta el riesgo de suicidio (Sarasola-Sánchez et al., 2016). Entre las personas con depresión el riesgo de suicidio es hasta 20 veces mayor en comparación con la población general. Se estima que entre el 65-90% de los casos de suicidio e intentos de suicidio están relacionados con algún grado de depresión (GPC, 2012).

Otros trastornos relacionados con el suicidio son el trastorno bipolar o los trastornos psicóticos, entre los que se destaca la esquizofrenia, con un perfil especialmente vulnerable para hombres jóvenes que se encuentren durante la primera etapa de la enfermedad, o pacientes que presenten recaídas crónicas o tras un alta hospitalaria. El trastorno de ansiedad también está asociado con tasas elevadas de ideación suicida, tentativas y suicidio consumado. Algunos trastornos de personalidad igualmente presentan un riesgo incrementado, como el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad. Por último, mencionar los trastornos de la conducta alimentaria, entre los que destaca la anorexia nerviosa, especialmente en el perfil de mujeres en adolescencia tardía (GPC, 2012).

- Factores psicológicos

Algunos autores han señalado que algunas variables psicológicas como la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad para resolver problemas y el perfeccionismo pueden estar asociadas con la conducta suicida (Sarasola-Sánchez et al., 2016). La desesperanza parece determinante, pues se estima que está en el 91% de las personas con conducta suicida. Además, entre los rasgos de personalidad que están más asociados con la conducta suicida se encuentran la agresividad, impulsividad, cólera, irritabilidad, hostilidad y ansiedad (GPC, 2012).

- Intentos previos de suicidio e ideación suicida

Los intentos previos de suicidio son considerados como el mayor indicador de riesgo de suicidio consumado (Giner-Jiménez y Pérez-Solá, 2011), aumentando el riesgo de volver a intentarlo entre 20 y 30 veces durante los primeros seis meses o primer año tras el intento (GPC, 2012). De igual forma, la existencia de ideación suicida, así como la planificación detallada de un acto suicida son factores que aumentan considerablemente el riesgo de llevar a cabo dicho acto (Sarasola-Sánchez et al., 2016). Desde la OMS señalan la importancia y el deber de considerar como un elemento fundamental en todas las estrategias integrales de prevención del suicidio la identificación de individuos que sufran este alto riesgo para brindarles seguimiento y apoyo (OMS, 2014).

- Edad

Los períodos de mayor riesgo de intentos de suicidio y suicidios consumados a lo largo de la vida incluyen la adolescencia y la edad avanzada (Sarasola-Sánchez et al., 2016). En particular, las personas de edad avanzada presentan tasas más altas de suicidio y tienden a utilizar métodos más letales (GPC, 2012).

Las personas de edad avanzada componen un grupo especialmente vulnerable, dado que a esta edad pueden enfrentarse a diversos factores de riesgo como, la pérdida de la pareja por viudedad o la transición a la jubilación, los cuales pueden tener un impacto negativo significativo. Además, se encuentran expuestos con mayor frecuencia a enfermedades psiquiátricas, episodios depresivos, así como enfermedades somáticas o incapacitantes, déficits visuales, cáncer, etc. También, la disminución de la autonomía en las actividades básicas diarias y el aislamiento social resulta un factor de riesgo de suicidio (Giner-Jiménez y Pérez-Solá, 2011).

La adolescencia, por su parte, es un período de grandes cambios en el que los jóvenes enfrentan una serie de desafíos emocionales, sociales y psicológicos que pueden aumentar su vulnerabilidad al suicidio. En adolescentes, el suicidio supone la primera causa de muerte no natural (FSME, 2021).

Entre los factores de riesgo de suicidio asociados a esta etapa destacan la existencia de antecedentes de conducta suicida en los padres, orientación sexual no normativa, nivel socioeconómico bajo, separación de los padres, maltrato físico o abusos sexuales, junto con

factores psicológicos como baja autoestima, desesperanza, impulsividad, imprudencia, agresividad y violencia impulsiva. Del mismo modo, acontecimientos vitales estresantes previos como pérdidas, conflictos interpersonales, problemas de disciplina y/o legales también se asocian con el suicidio (Giner-Jiménez y Pérez-Solá, 2011).

Conocer y comprender los factores de riesgo de suicidio asociados a la edad es esencial para la prevención y la intervención temprana.

- Género

El género es un factor de riesgo importante para el suicidio como puede apreciarse en las diferencias en las tasas de suicidio y los patrones de comportamiento suicida entre hombres y mujeres. En la mayoría de las culturas y regiones del mundo las muertes por suicidio en hombres superan en más del doble a las de las mujeres (OMS 2021). En España, la tasa de suicidio en población masculina casi triplica a la femenina (INE, 2023). Sin embargo, la tasa de intentos de suicidio es mayor en mujeres que en hombres (FSME, 2021).

Si se analizan estos datos desde una perspectiva de género, se podría hipotetizar que los roles de género pueden influir en el bienestar emocional de muchos hombres, dado que la idea tradicional de masculinidad que realza la fortaleza, la independencia o la falta de expresión emocional, puede dificultar que los hombres hablen sobre sus problemas emocionales y busquen ayuda.

Es importante abordar la investigación del suicidio y su prevención desde una perspectiva de género, desarrollando estrategias de intervención y apoyo específicas para cada género. Esto incluye la promoción de la salud mental masculina, la reducción del estigma en torno a la búsqueda de ayuda emocional y la conciencia sobre las diferencias de género en los patrones de suicidio (Barroso-Martínez, 2019).

- Enfermedad física y discapacidad

Diferentes autores han señalado que el sufrimiento experimentado en el contexto de una enfermedad crónica, junto con la pérdida de capacidad de movimiento, cambios en la apariencia física y otros tipos de discapacidad, así como un pronóstico adverso en enfermedades como el cáncer, esclerosis múltiple, lesión de la medula espinal o el VIH/SIDA se asocian también con el suicidio (Sarasola-Sánchez et al., 2016; Giner-Jiménez y Pérez-Solá, 2011).

Factores de riesgo familiares y contextuales

- Historia familiar previa de suicidio

Los historiales de suicidio en la familia incrementan el riesgo de comportamiento suicida, especialmente en el caso del género femenino y cuando se ha producido en un pariente de primer grado (Sarasola-Sánchez et al., 2016).

- Eventos vitales estresantes

Entre otros, pueden ser desencadenantes de una conducta suicida la vivencia de situaciones estresantes como pérdidas personales traumáticas (divorcio, separación, muertes), dificultades económicas (pérdidas de dinero o empleo, jubilación), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales). (Sarasola-Sánchez et al., 2016).

- Factores sociofamiliares y ambientales

En cuanto al apoyo sociofamiliar, existe una asociación entre no tener cónyuge o pareja y la conducta suicida, resultando más frecuente dicha conducta en personas solteras, divorciadas, que viven solas o carecen de apoyo social. Por otro lado, la pérdida del empleo, la pobreza, los trabajos muy cualificados y profesiones con alto nivel de estrés, así como niveles educativos bajos, también se relacionan con un mayor riesgo de suicidio (GPC, 2012).

Otros factores de riesgo

Además de lo expuesto, otros factores que aumentan el riesgo de conductas suicidas son: los abusos sexuales y el maltrato físico, especialmente en edades tempranas; la orientación sexual, en concreto en adolescentes y adultos jóvenes homosexuales, que se encuentran en ocasiones expuestos a situaciones de discriminación y falta de apoyo en su entorno; el acoso por parte de iguales, el cual genera altos niveles de estrés, ideación y conductas suicidas; y el fácil acceso a medios que puedan llevar al suicidio, como medicamentos, tóxicos y armas (GPC, 2012).

5.2. Factores de protección

Los factores de protección, por su parte, hacen referencia a todas aquellas circunstancias, características, condiciones y atributos asociados a comportamientos

prosociales que fortalecen las capacidades de un individuo para enfrentar exitosamente situaciones adversas (Leandro-Abáigar, 2017).

También se han establecido diferentes categorías para los factores protectores del riesgo de suicidio, pudiendo distinguir entre: aquellos que son propios del individuo y los propios del entorno.

Factores propios del individuo

Entre ellos se incluyen actitudes, valores y normas que estén en contra del suicidio, las habilidades sociales, el manejo de la ira y la capacidad de resolución de problemas, la búsqueda de la salud mental, las creencias religiosas, la presencia de esperanza y optimismo, la capacidad de autocontrol de impulsividad, la alta autoestima y resiliencia (Giner-Jiménez y Pérez-Solá, 2011).

Factores propios del entorno

Destaca tener una red social y familiar adecuada, la participación social, tener accesibilidad a los dispositivos de salud, un ambiente estable y encontrarse restricciones a la hora de adquirir armas o medicaciones letales (Giner-Jiménez y Pérez-Solá, 2011).

6. Marco normativo sobre la Prevención del Suicidio

Puesto que las conductas suicidas representan uno de los problemas más importantes de salud pública en Europa y en todo el mundo (Ministerio de Sanidad, 2022a), resulta de suma importancia aumentar la concienciación sobre el suicidio, así como hacer de la prevención una prioridad en los programas mundiales de salud y políticas públicas (OMS, 2014). De hecho, la OMS en su primer informe mundial sobre la prevención del suicidio, señala la importancia de designar la prevención como una prioridad alta en los programas y estrategias de cada país. Sin embargo, no todos los países cuentan con una Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio (OMS, 2014), un claro ejemplo de ello es España.

A pesar de la ausencia de una estrategia de prevención nacional, lo cierto es que en los últimos años se han dado algunos pasos. En 2012 el Ministerio de Sanidad publicó la "Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida". El propósito de esta guía es promover la estandarización de la práctica clínica en el tratamiento de la conducta suicida. Esto se logra al proporcionar apoyo en la toma de decisiones a los profesionales de la salud

involucrados, con el objetivo de impulsar mejoras en la salud y calidad de vida de la población. Además, se incrementa la disponibilidad de información para los pacientes y sus familias, fomentando su participación en las decisiones y buscando mejorar la conciencia pública en general, para reducir el estigma asociado a este problema de salud (GPC, 2012). En la actualidad, la guía continúa siendo relevante, ya que fue revisada en septiembre de 2020 y se llegó a la conclusión de que sus recomendaciones y contenidos clínicos aún se mantienen actualizados.

En 2022, el Ministerio de Sanidad impulsó y promovió la “Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, periodo 2022-2026” en la que se incluye una línea estratégica exclusiva dedicada a la prevención de la conducta suicida, a diferencia de las versiones anteriores que no presentaban ningún objetivo específico sobre prevención de suicidio.

El objetivo de esta Estrategia es ofrecer una herramienta beneficiosa para la mejora de la salud mental de la población, garantizando una atención integral y respetuosa de los derechos humanos a las personas con problemas de salud mental. Además, busca brindar apoyo a sus familias y promover un enfoque de atención completo y basado en la comunidad que facilite la recuperación y la integración social (Ministerio de Sanidad, 2022a).

En particular, la línea estratégica 3, denominada “Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida” plantea como primer objetivo general detectar de forma precoz y prevenir las conductas suicidas. Se plantean además dos objetivos específicos, por un lado, sensibilizar, concienciar y mejorar la información a la población desde las instituciones públicas, medios de comunicación y entidades sociales, y por otro lado, la detección precoz y prevención del riesgo suicida (Ministerio de Sanidad, 2022a).

El segundo objetivo general es mejorar la atención a las personas con riesgo suicida. Entre sus objetivos específicos están: fomentar la creación de sistemas de atención integral para personas con riesgo suicida; respaldar y fomentar la ayuda mutua entre aquellos que han sobrevivido a intentos de suicidio o experimentan ideación suicida; promover formas de apoyo mutuo entre familias en la comunidad dirigido hacia personas que están en un proceso de duelo tras un suicidio; establecer orientación y respaldo para profesionales que hayan enfrentado un suicidio en su entorno laboral, garantizar un acceso directo a programas específicos para adolescentes con problemas de salud mental y manifestaciones de pensamientos suicidas, y desarrollar una red de atención telefónica eficaz y coordinada para mejorar el enfoque hacia personas en riesgo suicida. (Ministerio de Sanidad, 2022a).

Entre las recomendaciones clave de esta línea estratégica, se incluyen las siguientes: impulsar la colaboración con otros sectores, establecer un seguimiento apropiado para las personas que han intentado suicidarse, promover la formación y capacitación de profesionales en atención primaria, como médicos, enfermeras y trabajadores sociales, en la identificación de grupos de riesgo y en técnicas de entrevista para la detección y manejo del riesgo suicida, adaptar la atención según la edad de la población para abordar sus particularidades y facilitar una comunicación informativa de alta calidad que evite la propagación de alarma, estigmatización, prejuicios y estereotipos relacionados con las conductas suicidas (Ministerio de Sanidad, 2022a).

Con relación a una de las iniciativas más recientes en España, se resalta la implementación del “Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024”. Este plan incluye las acciones que se llevarán a cabo para alcanzar los objetivos que se marcan en la “Estrategia de Salud Mental 2022-2026”.

El Plan de Acción se compone de dos elementos fundamentales: las acciones a desarrollar a través de sus 6 líneas estratégicas y la dotación presupuestaria. En particular, la línea 4 “Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida” tiene como objetivo general promover la detección temprana y establecer estrategias de prevención de la conducta suicida, así como mejorar la atención a las personas en riesgo de suicidio. Entre las acciones a desarrollar se incluyen:

- Creación de un teléfono de información 24/7, gratuito y confidencial, para ofrecer atención profesional y apoyo ante la conducta suicida a personas afectadas y familiares, con capacidad de derivación rápida a los servicios de emergencia correspondientes, ante una situación de crisis.
- Desarrollo del código de riesgo de suicidio en las CCAA.
- Establecimiento de mecanismos y circuitos ágiles para la mejora del acceso a los servicios de salud mental de las personas con conducta suicida.
- Desarrollo de herramientas que posibiliten la identificación de posibles pensamientos suicidas y la valoración de los factores de riesgo asociados a ellos.
- Acciones de formación continuada para la detección del riesgo, adecuado diagnóstico y abordaje de la conducta suicida.
- Desarrollo de registros que permitan conocer las tentativas de suicidio y de los casos consumados que facilite identificar la población con mayor riesgo.

- Desarrollo de iniciativa para la prevención de la conducta suicida en personas en situación de vulnerabilidad como: personas mayores, población infanto-juvenil, entre otros.
- Desarrollo de acciones con responsables de medios de comunicación para mejorar la información sobre el suicidio y la conducta suicida (Ministerio de Sanidad, 2022b, p. 29-32).

A nivel regional, la mayoría de las comunidades autónomas han diseñado sus propias estrategias de prevención del suicidio. Según la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2022), entre las iniciativas autonómicas y/o locales destacan los protocolos establecidos en Asturias, Castilla y León, y Navarra. Asimismo, se resaltan los planes implementados en Castilla - La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, y el programa llevado a cabo en Cataluña.

Particularmente, en el contexto de Andalucía, recientemente se ha establecido el primer “Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026”. Este programa adopta un enfoque amplio que engloba la prevención universal, selectiva e indicada. Además, propone la creación de una plataforma web dedicada a la divulgación de datos, pruebas científicas y concienciación. También se contempla la formación de una red profesional enfocada en la prevención del suicidio, con la finalidad de expandir y mantener las acciones en curso (Junta de Andalucía, 2023).

Este proyecto involucra a todos los sectores de la administración y la sociedad andaluza que desempeñan un papel en el abordaje de este grave problema de salud pública que es el suicidio. Sus objetivos principales incluyen mejorar la recopilación de información relacionada con la conducta suicida, intervenir en la restricción de medios letales, promover una comunicación responsable sobre la conducta suicida, ofrecer formación continua sobre la identificación y manejo del riesgo de suicidio, identificar y trabajar con grupos en situación de vulnerabilidad, y respaldar acciones de posvención para las personas que han perdido a un ser querido por suicidio (Junta de Andalucía, 2023).

7. Intervenciones desde el Trabajo Social

En el ámbito del trabajo social, se ha planteado una nueva definición global que refleja la evolución constante de esta disciplina, su adaptación a las cambiantes necesidades de la

sociedad y su firme compromiso con la justicia social. De este modo, la definición presentada por el Consejo General de Trabajo Social (2014) señala el trabajo social como:

una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el empoderamiento y la liberación de las personas. Los principios de justicia social, derechos humanos, responsabilidad colectiva y respeto por las diversidades son fundamentales para el trabajo social. Respaldado por teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a personas y estructuras para abordar los desafíos de la vida y mejorar el bienestar.

Entre los principios éticos de la disciplina destacan: el reconocimiento y respeto de la dignidad y el valor inherente de todos los seres humanos; la promoción de los derechos humanos y la justicia social; fomento del derecho a la participación y la libre determinación; respeto por la confidencialidad y la privacidad; así como el trato a las personas como personas integrales (Federación Internacional de Trabajadores Sociales [FITS], 2018).

Este último principio es de gran relevancia para el tema, puesto que subraya la idoneidad de la figura del trabajador social para reconocer las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la vida de las personas. Dicho reconocimiento posibilita la formulación de evaluaciones e intervenciones holísticas con la plena participación de las personas, organizaciones y comunidades con las que interactúan estos profesionales (FITS, 2018).

Los trabajadores y trabajadoras sociales se encuentran frecuentemente en sus distintos ámbitos de actuación con personas que están considerando el suicidio, que han intentado suicidarse, o con familiares supervivientes de un suicidio. De acuerdo con Sarasola-Sánchez et al. (2016) el trabajador social es una figura fundamental en la identificación de señales de alarma, factores de riesgo y áreas de vulnerabilidad, así como en el reconocimiento de indicadores externos que puedan estar asociados con un intento de suicidio. Además, pueden colaborar en la intervención posterior a un suicidio, dado que los trabajadores sociales son expertos en la aplicación de modelos de intervención en situaciones de crisis y en el uso de técnicas de apoyo en el proceso de duelo.

Sin embargo, en numerosas ocasiones sus acciones se encuentran invisibilizadas y apenas se hace alusión a su figura ni a sus funciones en los marcos normativos como planes,

protocolos y guías desarrolladas. Por ello, en los siguientes apartados se describirá desde el punto de vista del trabajo social, la labor que esta figura puede desarrollar en la prevención del suicidio y las conductas suicidas, así como los aspectos importantes a tener en cuenta en la intervención de un proceso de duelo, y la exposición del modelo AFVA como herramienta de intervención con personas con tentativa suicida y supervivientes.

7.1. Prevención de la conducta suicida

La OMS, como se ha indicado previamente, en su informe "Prevención del suicidio: un imperativo global", hace hincapié en la importancia de la prevención del suicidio como un objetivo fundamental en los programas de salud pública a nivel mundial. Este informe, describe estrategias que pueden resultar útiles para contrarrestar factores de riesgo y así promover la prevención del suicidio. Estas estrategias, se dividen en tres categorías, universales, selectivas e indicadas.

Las estrategias de prevención universales están diseñadas para llegar a toda la población y pueden incluir medidas para mejorar el acceso a la atención médica, promover la salud mental, reducir el consumo perjudicial de alcohol, limitar el acceso a medios que puedan utilizarse para el suicidio y promover una información responsable por parte de los medios de comunicación.

Las estrategias de prevención selectivas se centran en grupos específicos en situación de vulnerabilidad, como personas que han experimentado traumas o abuso, aquellos afectados por conflictos o desastres, refugiados, migrantes y familiares de personas que han cometido suicidio. Estas estrategias involucran a "guardianes" capacitados que brindan apoyo a las personas vulnerables y servicios de asistencia, como líneas telefónicas de ayuda.

Y las estrategias indicadas se enfocan en personas específicamente identificadas como vulnerables. Esto implica el apoyo de la comunidad, el seguimiento de aquellos que son dados de alta de establecimientos de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y el uso de sustancias.

Desde el trabajo social se pueden señalar cuatro pautas de intervención en la prevención de las conductas suicidas (Rocamora-Bonilla, 2013; López-Davalillo, 2021):

a) Prevención general

Esta categoría abarca todas las medidas políticas, sociales, de salud y económicas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas. Constituye la condición primordial para reducir el riesgo de suicidio.

b) Prevención primaria

La siguiente clasificación se centra en la detección temprana y la evaluación del riesgo de suicidio. Cuanto antes se identifique este riesgo, más rápido se podrá iniciar el tratamiento necesario. En esta fase de prevención, el trabajo social desempeña un papel crucial al promover relaciones familiares saludables y reducir los factores de riesgo emocionales, físicos y económicos para las personas. La existencia de una sólida formación y coordinación efectiva entre los trabajadores sociales que operan en los ámbitos de la salud, la educación y los servicios sociales permitirá la detección temprana de riesgos y una intervención inmediata cuando sea necesaria.

c) La intervención o prevención secundaria

Se refiere al momento en que ocurre la crisis suicida, y se basa en la aplicación de una intervención psicoterapéutica o farmacológica de manera inmediata. En esta etapa, los servicios de atención médica, incluidos los de urgencias, salud mental y atención primaria, desempeñan un papel fundamental, al igual que las organizaciones de voluntariado, cuya atención se brinda principalmente a través de comunicación telefónica. Un ejemplo en España sería el servicio telefónico de atención a la conducta suicida, conocido como el "024", el cual se puso a disposición a partir de mayo de 2022.

d) La posvención o prevención terciaria

Se trata de la intervención terapéutica que se lleva a cabo después de un intento de suicidio o un suicidio frustrado. También se refiere a la intervención con la familia y la comunidad de la persona que ha consumado el suicidio. En este contexto, la autopsia psicológica se vuelve relevante como una herramienta posventiva, utilizada para reconstruir el proceso destructivo.

7.2. Intervención para mejorar la concienciación y reducción del estigma

Una de las medidas de prevención, que es señalada como prioridad por la OMS (2014) en las Estrategias Nacionales de Prevención del Suicidio es la reducción de los estigmas y la

sensibilización y concienciación de la población. Esta medida también es mencionada como recomendación desde la “Estrategia de salud mental 2023-2026” en su apartado “facilitar la labor informativa de calidad que evite el alarmismo, estigma, prejuicios y estereotipos de las conductas suicidas” y “combatir mitos con el fin de eliminar las creencias equivocadas en torno al suicidio es fundamental” (Ministerio de Sanidad, 2022a, p. 82-83).

Es esencial comprender y desafiar los mitos y conceptos equivocados relacionados con el suicidio, ya que contribuyen a mantener el estigma y a hacer que sea un tema considerado tabú. A pesar del aumento de las investigaciones y los conocimientos acerca del suicidio y su prevención, el tabú y el estigma alrededor del suicidio persisten (OMS, 2014). Esto conduce a la marginación, la discriminación, y a que muchas personas no busquen ayuda y estén aislados socialmente, lo cual tiene efectos perjudiciales tanto para las personas que tienen estas conductas, como para sus familias y la sociedad en general.

Los mitos más comunes sobre los comportamientos suicidas son (OMS, 2014; López-Davalillo, 2021):

Mito 1. Las personas que hablan de suicidio no tienen la intención de cometerlo, quien realmente quiere acabar con su vida no avisa.

Realidad: La mayoría de las personas que se suicidan expresaron claramente sus intenciones o las dejaron entrever. Hablar de suicidio puede presentarse como una forma de pedir ayuda o estar presentando ansiedad, depresión y/o desesperanza.

Mito 2. Los suicidios son impulsivos y suceden sin advertencia previa.

Realidad: A pesar de que pueda parecer impulsivo, en la mayoría de los suicidios se presenta algún tipo de signo de advertencia verbal o conductual, y han sido contemplados durante un tiempo por la persona, aunque existan casos en los que se cometan sin previo aviso.

Mito 3. Las personas suicidas de verdad quieren y están dispuestas a morir.

Realidad: Los suicidas suelen ser ambivalentes en cuanto al deseo de vivir o morir, y en muchas ocasiones comunican sus ideas y pensamientos a alguien, lo cual indica que su intención no es inamovible. Por ello, el acceso al apoyo emocional en el momento adecuado puede prevenir el suicidio.

Mito 4. Quien haya sido suicida alguna vez, nunca dejará de serlo.

Realidad: El mayor riesgo de suicidio generalmente suele ser en un momento específico y a corto plazo; aunque los pensamientos suicidas pueden regresar, no son permanentes. Aquellas personas que han experimentado pensamientos suicidas e intentos suicidio pueden llevar adelante una vida larga después de recibir la adecuada ayuda y apoyo.

Mito 5. Siempre existe un trastorno mental en personas que se suicidan o intentan suicidarse.

Realidad: Aunque es cierto que existe una asociación significativa entre trastornos mentales y comportamiento suicida, en muchos casos no se presenta ningún trastorno mental. Lo que si se encuentra siempre en la conducta suicida es la desesperanza y una profunda infelicidad.

Mito 6. Hablar de suicidio puede incitar a realizarlo.

Realidad: Parte de la sociedad piensa que hablar sobre suicidio provocará un efecto llamada. Esta falsa creencia ha contribuido a invisibilizar el dolor y el malestar de muchas personas y a silenciar este grave problema. En la prevención del suicidio y la reducción de la ideación suicida, es necesario abordar el tema como parte de la validación de los sentimientos de la persona y la normalización de la tensión que están experimentando. Hablar abiertamente puede dar a una persona otras opciones o tiempo para reflexionar sobre su decisión.

Mito 7. Cuando alguien muestra signos de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, ya no está en riesgo.

Realidad: Este período, se presenta como uno de los momentos más críticos, ya que la semana posterior alta es cuando la persona se encuentra en una situación de alta vulnerabilidad y en peligro de autolesionarse. Además, los intentos previos de suicidio son considerados como el mayor indicador de riesgo de suicidio consumado.

Mito 8. El suicidio siempre es hereditario.

Realidad: No existen estudios concluyentes, sin embargo, tener un historial familiar de suicidio representa un factor de riesgo significativo, especialmente si en la familia hay antecedentes de depresión.

Mito 9. El suicidio solo le ocurre a “otros tipos de personas”, no a nosotros.

Realidad: El suicidio puede afectar a todo tipo de personas. Cada 40 segundos, una persona se suicida en algún lugar del mundo, y muchas más intentan hacerlo. Los

suicidios ocurren en todas las regiones del mundo y afectan a personas de diversas edades y sistemas sociales.

El reconocimiento de estos mitos resulta de gran utilidad para la profesión del trabajo social, particularmente en ámbitos como Servicios Sociales y Salud, en el que se atienden a muchas personas que experimentan ideación suicida o están en contacto con alguien que la experimenta, es fundamental para proporcionar una respuesta adecuada y prevenir la pérdida de vidas y el sufrimiento (López-Davalillo, 2021).

7.3. Intervención en procesos de duelo por suicidio

El duelo por la pérdida de un ser querido es un fenómeno natural y esencial para adaptarse a la vida sin la persona fallecida. Sin embargo, en muchas ocasiones, aquellos que atraviesan esta experiencia no identifican las herramientas necesarias para avanzar y aprender a vivir con la ausencia. Cada individuo aborda este proceso de manera única, con sus propias particularidades, pero generalmente pasa por diversas fases, que incluyen la negación, la ira, la negociación y el dolor emocional, antes de alcanzar la aceptación. En este punto, logran reubicar emocionalmente al ser querido y aprender a convivir con su ausencia física. (Ruiz-Mosquera, 2020).

Cuando se trata de pérdidas traumáticas, como suicidios, se suman factores adicionales que impactan en el proceso de duelo. Estos pueden incluir la sorpresa, la incompreensión, la incertidumbre, la rapidez y la impotencia. En tales casos, las personas cercanas a la víctima a menudo experimentan una intensa carga emocional y pueden alejarse de su entorno social. La elaboración del duelo varía según las circunstancias y los factores personales y externos (Ruiz-Mosquera, 2020).

A diferencia de otros tipos de fallecimientos, la muerte por suicidio está estigmatizada, y a menudo las personas que pertenecen al entorno del fallecido se enfrentan a situaciones muy angustiosas y desagradables, como las primeras horas de desconcierto tras el descubrimiento, preguntas insensibles y morbosas, la carga emocional que implica la ocultación social y el silencio respecto al suicidio, culpabilidad, rabia, y vergüenza entre otros. Todo ello, conforma un conjunto de sentimiento que precisan la necesidad de atención especializada y acompañamiento.

De acuerdo con Rocamora (2012, como se citó en López-Davalillo, 2021) se considera superviviente de un suicidio a toda persona que tiene algún tipo de relación, ya sea de forma

directa o indirecta, con la persona fallecida. Para realizar acompañamiento a supervivientes de un suicidio es crucial enfocar la atención en los elementos clave involucrados, como los pensamientos y sentimientos generados por el suceso, y trabajarlos conjuntamente. Entre los sentimientos más comunes de los supervivientes que requieren especial atención se encuentran (López-Davalillo, 2021): culpa, al creer que podrían haberlo evitado; vergüenza, debido al estigma asociado a este tipo de muerte junto a la necesidad de ocultarlo para no ser juzgado; sentimiento de abandono, al tratarse de un proceso sin despedida; enfado, dirigido hacia uno mismo por no haber tomado más medidas, y hacia la persona que se suicidó por creer que no consideró otras opciones; incredulidad, al buscar explicaciones diferentes a lo ocurrido; estigmatización; ya que temen que los señalen de por vida y sienten que es una deshonra; y por último, el dolor del duelo, que a veces se paraliza en una etapa de negación y falta comprensión.

La presencia del profesional durante esta actuación será fundamental para que la persona pueda transitar por este proceso de forma sana. La intervención del trabajo social en la elaboración de un duelo saludable se enfoca en prevenir el aislamiento social durante el duelo, promover la expresión emocional y facilitar las tareas del duelo a través de la participación en grupos de apoyo (Ruiz-Mosquera, 2020). De acuerdo con López-Davalillo (2021) es preciso hacer mención de la necesidad de una continua formación por parte de los profesionales del trabajo social, en gestión de duelos, acompañamiento, estados de shock y trauma, para poder ofrecer una respuesta adecuada en estos contextos.

7.4. Intervención con personas con tentativa suicida y supervivientes

Para acompañar a personas con conductas suicidas o a supervivientes de un suicidio López-Davalillo (2021) recomienda la utilización del modelo AFVA de Alejandro Rocamora como herramienta de evaluación y trabajo terapéutico. Es un modelo de intervención en crisis que tiene como objetivo ayudar a las personas a comprender y manejar sus emociones y comportamientos. Este modelo tiene cuatro pasos (Rocamora-Bonilla, 2013; López-Davalillo, 2021):

Paso 1. Acoger

En el contexto de las intervenciones en crisis, el primer paso crucial es la acogida de las personas afectadas. Este momento inicial puede ser determinante para su posterior participación en el proceso. Algunas de las características que se deben tener en cuenta para que se realice una acogida adecuada son: facilitar la verbalización del problema,

no tener en cuenta estereotipos, darle mayor importancia al apoyo y contacto físico que a las palabras, y procurar que la comunicación verbal sea breve y clara.

Paso 2. Focalizar el problema

En primer lugar, se encuentra la clarificación y confrontación, en la que se aborda gradualmente la clarificación de la situación, brindando apoyo y considerando la posible falta de claridad mental de la persona en crisis. En segundo lugar, la delimitación del problema, que se realiza durante el proceso de clarificación, y se avanza hacia la concreción, evitando generalizaciones y fomentando la identificación de personas, lugares y hechos específicos. Y, en tercer lugar, la fragmentación del problema, puesto que a menudo se presentan problemas abrumadores, se propone separarlos y distinguirlos, lo que puede proporcionar a la persona una sensación de capacidad y esperanza para abordarlos de manera más efectiva.

Paso 3. Valorar la gravedad de la situación

Se realiza una evaluación rápida y precisa del riesgo real, especialmente cuando se trata de una crisis con posibles ideas de suicidio, en la que es preciso conocer su comportamiento en situaciones anteriores parecidas, sus recursos personales y familiares o de amistad.

Paso 4. Actuar

Se plantea una estrategia de intervención que abarca cuatro líneas principales:

- a) Brindar atención a la persona en crisis, utilizando enfoques como la escucha activa, la reestructuración cognitiva, la comprensión de la situación, la aceptación de emociones, entre otros.
- b) Establecer contacto con la familia, comunicándoles la gravedad de la situación y proporcionándoles orientación sobre cómo ofrecer apoyo a la persona afectada. Se enfatiza en la importancia de evitar juicios, moralismos o reproches, y en su lugar, ofrecer comprensión y apoyo.
- c) Derivar a la persona hacia un especialista en psicología o psiquiatría, o gestionar un ingreso en caso de que el riesgo sea especialmente elevado.
- d) Continuar el seguimiento del proceso de la persona, brindándole apoyo tanto a ella como a su familia a lo largo del proceso de recuperación.

En este contexto, se ha explorado el modelo presentado como una perspectiva valiosa en el trabajo social para intervenir con las personas. Aunque existen enfoques más intervencionistas desde el punto de vista psicológico y psiquiátrico, este modelo enfatiza la importancia de ayudar a las personas a enfrentar sus desafíos personales y dilemas de vida con los recursos individuales y sociales necesarios. Es esencial que los profesionales del trabajo social consideren este modelo como una herramienta valiosa para brindar apoyo y empoderamiento a aquellos que enfrentan crisis y desafíos en sus vidas.

8. Conclusiones

Tras la consulta de las estadísticas disponibles, se llega a la conclusión de que el suicidio es un grave problema de salud pública a nivel global, siendo la principal causa de muerte no natural en nuestro país. Por ello, es de vital importancia que las autoridades no solo españolas, sino del resto del mundo, se involucren activamente en esta causa a través de la creación de estrategias de prevención eficaces. Sin duda, es crucial la implementación de programas de divulgación destinados a desestigmatizar el suicidio y a sensibilizar a la población sobre este grave problema. La concienciación y la educación en torno al suicidio deben promoverse, eliminando los estigmas que rodean a este tema y alentando a las personas a buscar ayuda sin temor a ser juzgados.

Debido a su complejidad no nos podemos estancar en la asociación del suicidio y el proceso suicida a un problema de salud mental, ya que es de vital importancia conocer su naturaleza social, sanitaria y psicológica, incluyendo factores tales como la propia persona en riesgo, su entorno, la familia y la comunidad. Esto hace necesaria una colaboración interdisciplinaria y una coordinación efectiva para abordar el suicidio de manera integral.

Teniendo claro el origen del problema del suicidio, el trabajo social adquiere un papel de suma importancia en su prevención, intervención y seguimiento de los casos. Pues no solo actúa sobre la persona en sí misma, sino que es una red de apoyo para familiares y amigos, facilitando el camino en el entendimiento del proceso suicida se haya o no consumado el suicidio.

9. Referencias

- Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Magnitud e impacto epidemiológico y social de la conducta suicida. En J. Bobes-García; J. Giner-Ubago y J. Saiz-Ruiz (Eds.). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* (pp. 17-36). Editorial Triacastela.
- Baca-García, E. y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, (37), 373-380. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003
- Barroso-Martínez, A. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>
- Burgos-Varo, M.L., Chico-López, A., García-Roldan, P., Gualda-García, R., Gutiérrez-Nieto, A. M., Hervas-de la Torre, A., Martínez-Gutiérrez, M. y Oliver-Navarro, M. (2017). Aportaciones del Trabajo Social Sanitario al Sistema Sanitario Público de Andalucía. https://issuu.com/00424/docs/aportaciones_del_tss_al_sistema_san
- Cha, C.B., Franz, P.J., M. Guzmán, E., Glenn, C.R., Kleiman, E.M. & Nock, M.K. (2018). Annual Research Review: Suicide among youth – epidemiology, (potential) etiology, and treatment. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(4), 460-482. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12831>
- Christine, M. (2021). Conducta suicida. *American Foundation For Suicide Prevention*. <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida?query=Conducta%20suicida>
- Fundación ANAR (2022). *Conducta Suicida y Salud Mental en la Infancia y la Adolescencia en España (2012-2022), según su propio testimonio*. <https://www.anar.org/la-fundacion-anar-presenta-su-estudio-sobre-conducta-suicida-y-salud-mental-en-la-infancia-y-la-adolescencia-en-espana-2012-2022/>

- Consejo General de Trabajo Social (2014). *Definición de Trabajo Social*. <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>
- Después del Suicidio (DSAS) (2023). *La muerte por suicidio*. <https://www.despresdelsuicidi.org/es/quienes-somos/>
- Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2018). *Declaración de principios éticos de trabajo social global*. <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>
- Fonseca-Pedrero, E. y Pérez de Albéniz, A. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pii?pii=2928>
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2021). *Suicidios España 2018. Observatorio del Suicidio en España 2018*. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>
- García-Haro, J., García-Pascual, H., González-González, M., Barrio-Martínez, S. y García-Pascual, R. (2019). ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales. *Apuntes de Psicología*, 37(2), 91-100. https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/115113/Qu%C3%A9_es_suicidio.pdf?sequence=1
- Giner-Jiménez, L. y Pérez-Solá, V. (2011). Factores de riesgo. En J. Bobes-García; J. Giner-Ubago y J. Saiz-Ruiz (Eds.). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida* (pp. 59-81). Editorial Triacastela.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- Hawton, K., & Van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373(9672), 1372-1381. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60372-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60372-x)

- Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Defunciones por causas (lista reducida) por sexo y grupos de edad*. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!tabs-grafico>
- Juesas-Celorio, R., Álvarez-Alonso, M., Otero-del Castillo, B. y García-Meré, B. (2020). La importancia del modelo biopsicosocial frente al modelo biomédico en el Trabajo Social Sanitario. *Revista Médica y de Enfermería Ocronos*. <https://revistamedica.com/modelo-biopsicosocial-biomedico-trabajo-social-sanitario/>
- Junta de Andalucía (2023). *Programa de prevención de la conducta suicida en Andalucía 2023-2026*.
https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2023/programa_preencion_conductas_suicidas_andalucia_2023_2026_def.pdf
- Leandro-Abáigar, L. (2017). *Factores de protección*. <https://crimipedia.umh.es/topics/factores-de-proteccion/>
- López-Davalillo, L. U. (2021). *La dimensión terapéutica del Trabajo Social. Guía práctica para el desarrollo del Trabajo Social Clínico, volviendo a su origen humanista y relacional*. Nau Llibres.
- Ministerio de Sanidad. (2022a). *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2022-2026*.
https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022b). *Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024*.
https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención Del Suicidio: Un Imperativo Global*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates*. World Health Organization
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

- Psiquiatria.com Suicidio. (s. f.). Psiquiatria.com/glosario/suicidio.
<https://psiquiatria.com/glosario/suicidio>
- Real Academia Española (2023). Definición de suicidarse y suicidio.
<https://dle.rae.es/suicidarse?m=form>
- Rocamora-Bonilla, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Desclée de Brouwer.
- Ruiz-Mosquera, A. C. (2020). El duelo desde el Trabajo Social. Experiencia de intervención social con grupos. *Documentos de Trabajo Social, Revista de trabajo y acción social*, 63, 29-42. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7931010>
- Sarasola-Sánchez, J. L.; Mora-Cárdenas, M. M. y Vallejo-Andrada, A. (2016). Suicidio y Trabajo Social. *International journal os educational research and innovation*. 6, 46-57.
<https://www.upo.es/revistas/index.php/IJERI/article/view/1649/1556>
- Silva, D. V., Vicente, B., Saldivia, S., y Kohn, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica De Chile*, 141(10), 1275-1282. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872013001000006>
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide & life-threatening behavior*, 37(3), 264-277.
<https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>