



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Trabajo Social

Trabajo Fin de Grado

EL SUICIDIO EN ESPAÑA DURANTE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

Alumno/a: Teresa De Andrés Parrilla

Tutor/a: Anna María Rucabado Sala
Dpto: Psicología

Junio, 2021



“¿Cómo juzgar en un mundo donde se intenta sobrevivir a cualquier precio, a aquellas personas que deciden morir? Nadie puede juzgar. Sólo uno sabe la dimensión de su propio sufrimiento, o de la ausencia total de sentido de su vida”
(Coelho, 1998, p.8)



ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	5
2.	OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO.....	7
3.	METODOLOGÍA.....	7
4.	ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	8
4.1.	El suicidio como problema social.....	8
4.2.	Cifras del suicidio en los últimos años.....	10
5.	FACTORES DE RIESGO LA CONDUCTA SUICIDA.....	19
6.	PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	22
7.	PROCESO DE DUELO.....	27
8.	MITOS SOBRE LAS PERSONAS CON IDEAS SUICIDAS.....	31
9.	EL SUICIDIO EN EL ÁMBITO DE LA COMUNICACIÓN.....	32
10.	ROL DEL TRABAJO SOCIAL.....	34
11.	CONCLUSIONES.....	38
12.	BIBLIOGRAFÍA.....	39



RESUMEN

En las siguientes páginas se presenta una investigación bibliográfica y de datos sobre la autolisis, también llamado suicidio, en los últimos 15 años en nuestro país.

Tiene como fin conocer la situación actual del suicidio en España, además de buscar y profundizar en una alternativa a la intervención que se realiza desde el ámbito social, es decir, desde el Trabajo Social.

Se va a plantear el estudio desde un punto de vista social del suicidio y sus consecuencias en el entorno, sin olvidar la visión que tiene la sociedad del suicidio. Si bien ha sido un tema tabú durante mucho tiempo, en los últimos años se ha observado un aumento de la bibliografía y de la preocupación por este hecho, que siempre se había vinculado, casi en exclusiva, a un tema de salud mental y en la actualidad se están viendo casos de llegar a la situación final como opción personal frente a la vida que tendría que asumir el o la suicida y no hay voluntad de vivirla.

Se presentan cifras y datos alarmantes, del número de personas que deciden quitarse la vida en nuestro país.

A nivel mundial es la tercera causa de muerte no natural entre las edades comprometidas desde los 15 a los 44 años, tal y como se presentará en esta investigación.

La disciplina del Trabajo Social se muestra y se presenta a lo largo de todo el trabajo como un elemento fundamental tanto en la prevención como en la superación del suicidio para la familia y amistades, siendo la participación del trabajador o trabajadora social en el proceso de duelo de vital importancia.

Palabras Clave: Autolisis, Ámbito social, Trabajo Social.

ABSTRACT

In the following pages we present a bibliographic research and data on autolysis, also called suicide, in the last 15 years in our country.

It aims to know the current situation of suicide in Spain, in addition to seeking and deepening an alternative to the intervention that is carried out from the social field, that is, from the Social Work.

The study will be considered from a social point of view of suicide and its consequences in the environment, without forgetting the society's view of suicide. While it



has been a taboo subject for a long time, in recent years there has been an increase in bibliography and concern about this fact, which has always been linked, almost exclusively, to a mental health issue and currently are seeing cases of reaching the final situation as a personal choice against the life that would have to take the suicide and there is no will to live it.

Alarming figures and data are presented on the number of people who decide to take their own lives in our country.

Globally, it is the third cause of unnatural death among the ages involved from 15 to 44, as will be presented in this research.

The discipline of Social Work is shown and presented throughout the work as a fundamental element both in the prevention and in the overcoming of suicide for the family and friends, the participation of the social worker in the grieving process of vital importance.

Key words: Autolysis, Social field, Social work.



1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado plantea una investigación, de tipo bibliográfica y de datos, analizando la autolisis en España durante los últimos 15 años desde una mirada social.

En primer lugar, es importante conocer el significado del termino que vamos a investigar, estudiar y analizar durante la investigación.

Autor y autora que han trabajado el tema del suicidio como Ceballos y Suarez (2013) a día de hoy siguen determinando que la autolisis es un tema tabú presente en la sociedad, que puede afectar a toda la población, que va desde los menores hasta las personas de más edad.

El suicidio supone un gran problema, pues existe una persona que al no poder o no saber hacer frente a sus dificultades decide autolesionarse o suicidarse.

Constituye así, el último paso de la idea suicida, siendo un camino que se inicia por diversas dificultades de salud, económicas, personales, sociales...como por ejemplo: la pérdida de empleo, situaciones de desahucio, problemas legales, acoso escolar, separación de su pareja, no aceptación de la muerte de un familiar....mostrando así como el suicidio o autolisis es un problema multifactorial, que al no ponerle solución, al no identificarlas y al no intervenir en ellas, pueden llevar a que el suicidio ocurra irremediamente.

Todo ello lo recogen autores como, Williams y Broedbent (1986), Pérez et al. (2014) y Valdivia (2014), que veremos más adelante.

En el presente trabajo se pondrá el énfasis en aquellos factores sociales, es decir en el entorno existencial de la persona, dejando aparte el ámbito de salud.

El mismo sufrimiento que presentan las personas que deciden quitarse la vida, también se presenta en su entorno, tanto en familiares, como en el grupo de amigos/as, compañeros/as de trabajo...generando un gran fracaso personal al no poder aplacar sus ideas suicidas.

Se han de plantear alternativas de acción desde el trabajo social en el tema de la autolisis, desde la prevención hasta la atención a todo el entorno afectado que tiene que vivir la pérdida del familiar, así como en el acompañamiento del duelo.

También se presentará a lo largo de este trabajo cómo la pandemia que estamos viviendo actualmente, el COVID-19, puede llevar a algunas personas a encontrarse en situaciones de desesperanza tan graves que les provoquen ideas de autolisis, todo esto lo detallaran autores como Hernández (2020) al igual que, Vizcaíno y Montero (2021).



El aislamiento social al que ha estado sometida la población ha provocado muchos problemas en las personas que viven solas, en las que no han podido recibir visitas de sus familiares al estar en situación de riesgo, así como en aquellas personas que han tenido que estar obligatoriamente aisladas o conviviendo con su familia en la cual existían situaciones de maltrato tanto físico como psicológico.

Además se expondrán las diferentes falsas creencias o falsos mitos que tiene la población sobre la autolisis, fomentando así ideas erróneas que pueden influir de una manera muy negativa en aquellas personas que quieren quitarse la vida. Todo ello, lo conoceremos de la mano de Pérez et al. (2014) y Valdivia (2014).

En los últimos años los diferentes medios de comunicación “tradicionales” han experimentado un cambio importante debido a la influencia que ha supuesto para la población la aparición de las redes sociales, en las que se recoge “más libremente” las noticias que se refieren a casos de autolisis. Las redes sociales están siendo las abanderadas en la normalización de las noticias sobre personas que deciden acabar con su vida.

Esto puede suponer un arma de doble filo: por un lado, se contribuye a la visualización del suicidio y por otro lado puede acarrear el que haya personas que todavía crean en el “efecto llamada”, que se ha atribuido durante muchos años para no hablar del suicidio, posición que Pablo Santoro refleja y analiza en el trabajo sobre el VIH y que asume y comenta Javier Melguizo en el Confidencial (2021).

A la hora de realizar esta investigación se intentará hacer ver que desde el trabajo social se pretende ayudar a gestionar la vida de las personas contribuyendo a un posible cambio para poder afrontar mejor los problemas que pueden presentarse y poder vivir de forma alternativa a la que están viviendo.

Todo ello les permitiría mantener un contacto distinto con el entorno, con las personas queridas.

Por otro lado siempre se ha de respetar la libertad del individuo, que es un ser libre para decidir si quiere vivir o morir.

El trabajo social tiene mucho que hacer, no solo en la prevención, sino facilitando las diversas salidas, enseñando a gestionar su vida.

La disciplina del trabajo social tiene como objetivo intervenir en los diferentes problemas sociales, tanto a nivel micro como macro, que tienen que ver con el individuo y su



problemática y/o su entorno. El colectivo de trabajadores y trabajadoras sociales son agentes de cambio para que la persona pueda enfrentarse y superar una situación.

La autolisis ha de ser uno de los temas que debería interesar más desde el ámbito social, ya que está presente en la sociedad.

Esta profesión lucha cada día por un cambio social, por los derechos de las personas, por mejorar su bienestar social y calidad de vida a través de las diferentes intervenciones con los recursos y herramientas disponibles, pudiendo desde la formación y cualificación hacer frente a una situación tan complicada y delicada como es la conducta suicida.

2. OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO

Los objetivos que se plantean en el presente Trabajo de Fin de Grado se pretenden alcanzar mediante la investigación bibliográfica y de datos.

Los objetivos son los siguientes:

- Conocer la situación actual de la autolisis en nuestro país.
- Profundizar en una alternativa de intervención del suicidio desde la disciplina del Trabajo Social.

3. METODOLOGÍA

El mecanismo para la realización del presente trabajo ha sido un estudio y análisis del contenido de los diferentes libros y artículos, tanto académicos como periodísticos, relativos a la autolisis.

La búsqueda de los diferentes libros presentados se ha realizado desde los diversos recursos que me ofrecía mi entorno.

El primero de ellos es la Biblioteca digital de la Universidad de Jaén además de la biblioteca municipal de Palma del Río (Córdoba).

De todos los autores y autoras elegidas y estudiadas destaca la importancia de Émile Durkheim, perteneciente al S.XIX, quién fue y es el pionero en la investigación y estudio del suicidio, pudiendo denominar a este autor, tal y como es conocido, como el “Dios del suicidio”.

Con el paso de los años más autores y autoras se han ido sumando al estudio y análisis de la autolisis en todo el mundo, contribuyendo así, a la visualización de este acto.



De todos ellos y ellas se han obtenido datos, ideas, puntos de vista y perfiles que se expondrán a lo largo de este trabajo.

Estos autores y autoras son tanto españoles y españolas como extranjeros y extranjeras.

Complementando a las diferentes obras de estos autores y autoras, y acercándonos a la realidad actual se ha llevado acabo una lectura de diferentes artículos tanto de prensa escrita como digital, desde el ámbito nacional, autonómico y local para encontrar casos de suicidios y más concretamente, para poder conocer las circunstancias que rodearon dicho acto, además de conocer cómo los medios de comunicación informan y reportan los casos de suicidio en la actualidad. Todo ello es necesario para conocer la realidad de los últimos 15 años en España con respecto a la autolisis.

Conforme a los artículos científicos utilizados se ha procurado en todo momento que sean revistas digitales de renombre, como por ejemplo de la Universidad de Sevilla o del País Vasco, utilizando la plataforma Google Scholar o académico como fuente principal de búsqueda de los artículos científicos. Todo ello es fundamental para conocer de primera mano la visión de los diversos y diversas profesionales en la materia.

Una vez hecho todo esto se ha realizado un análisis en profundidad desde la perspectiva del Trabajo Social dónde se han observado y encontrado diferentes carencias en los conocimientos obtenidos durante los cuatros años de formación universitaria, lo que ha podido influir de una manera directa a la hora de abordar este tema de una forma que va más allá de lo puramente y estrictamente académico que se ha impartido durante los años de formación en la UJA.

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN

4.1. El suicidio como problema social

Las principales ideas del suicidio que se plantean a lo largo de todo este Trabajo de Fin de Grado tienen como inicio la investigación y estudio que planteó Émile Durkheim y la gran influencia que supuso su libro *El suicidio* (1897), mostrando así un camino para poder investigar y analizar la autolisis de una manera abierta.

Por lo tanto podemos ver cómo este fenómeno ya existía desde entonces y continua actualmente siendo un tema que genera reflexión y polémica.

A día de hoy las diferentes situaciones de personas que intentan o consiguen quitarse la vida, que se expondrán a continuación, determinan que la autolisis es un problema social.



Se necesita llegar a encontrar una solución eficaz que consiga el descenso del número de muertes que se producen por este método potenciando a su vez la prevención y haciendo promoción de la salud.

El suicidio es un acto propio de libertad de cada persona, que implica el derecho a poder terminar con su vida cuándo, dónde y cómo cada uno o cada una desee.

Es decir, cada persona por el mero hecho de poseer libertad está capacitado o capacitada para elegir su propia destrucción, terminando con su vida, convirtiéndose así la autolisis en un acto de libre albedrío.

Las personas que utilizan este método para acabar con su vida están eligiendo una manera rápida de abandonar el sufrimiento que se ha vuelto insoportable, perdiendo el sentido de la vida.

Antes de seguir avanzando, presentaremos algunas de las definiciones más completas:

- Según Halbwachs (1930) la autolisis es el acto de matarse, acto que se logra y se sanciona con la muerte.
- “Todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, más o menos, realizado por la propia víctima, a sabiendas de que debía producir ese resultado”. (Durkheim, 1897, p.7)
- Tarde (2012) presenta el suicidio como un hecho social pues pide, de manera brusca y voluntaria salir de la sociedad.

Según Schaefer (2006) un dato para medir la integración de las personas en la sociedad es ver la tasa de suicidios.

Este autor, nos muestra que los suicidios están causados por un malestar que resulta “insostenible” y que puede padecer cualquier persona sin distinción de sexo, situación social, económica, religión o formación.

El suicidio no tiene una sola causa, sino muchas, siendo algunas de ellas inapreciables incluso para la persona que se suicida, aunque otras de ellas si se pueden detectar con cierta facilidad. Todo esto conlleva que el tema del suicidio sea un tema muy complejo.

Las causas para llegar a una autolisis, son muchas, dado que el ser humano es muy diverso, pero en este trabajo se ha planteado a partir de una visión lo más actual posible, así se han elegido a estos autores, Chávez et al. (2004) los cuales ponen en evidencia que las



condiciones personales del ser humano, tanto favorables como desfavorables sumen a las personas en un proceso de dolor, y de grandes interrogantes que lleva a esta persona a quitarse la vida.

Tal y como recoge Hernández (2020) al igual que, Vizcaíno y Montero (2021), hay personas que tienen en las relaciones sociales una importante herramienta de prevención por lo que el desconectarse de otras personas, el aislamiento social impuesto y la soledad a la que se han visto abocados por la propia situación de la pandemia ha supuesto una situación que ha podido facilitar y aumentar el riesgo de quitarse la vida.

4.2. Cifras del suicidio en los últimos años

La OMS (2012) señala que las muertes por suicidio han aumentado un 60% durante los últimos 45 o 50 años, situándose entre las tres principales causas de muerte en el mundo, en ambos sexos y entre las edades comprometidas desde los 15 a los 44 años.

Cada 40 segundos, se produce un suicidio, lo que hace que las cifras sean de un millón de muertos cada año, superando los fallecimientos que se producen por guerras o por los homicidios.

Complementando lo anterior, Berardi (2016) recalca que no existen estadísticas fiables puesto que en algunos países ni siquiera se tienen sistemas informáticos para registrarlos.

Para este autor el suicidio se trata de una epidemia de infelicidad, la cual se extiende por todo el planeta.

Durkheim (1888) también se muestra bastante crítico con las diferentes estadísticas que reflejan las muertes provocadas por el suicidio, pues declara que estas no constatan realmente lo ocurrido, sino solamente una parte de ello.

Para finalizar esto, Wasserman y Wasserman (2009) hacen un recuento de las cifras de personas que intentan suicidarse cada año en todo el mundo y que asciende a diez millones de personas...

Estas cifras son muy alarmantes y por ahora no se prevé que disminuyan a corto plazo.

Después de que se declarase en el mes de marzo del año 2020 la pandemia de COVID-19, la salud mental ha pasado a ser prioritaria para muchas personas que están sufriendo diferentes situaciones anómalas en todo este tiempo como, por ejemplo:



situaciones de insomnio, agotamiento emocional, depresión, pánico, tristeza, miedo, soledad...

Todo ello, lo recoge Martín (2020), explica como el COVID-19 ha llevado consigo el incremento de las ideas suicidas, llevando a las personas a poder comenzar con posibles trastornos mentales y en algunos casos acabar en suicidio.

Se han recogido datos del INE desde el año 2010 hasta el año 2018 tanto a nivel nacional como a nivel de la comunidad autónoma de Andalucía referidos a los fallecimientos en España que tienen como causa el suicidio, diferenciando en algunos años los datos de mujeres por un lado y de hombres por otro, marcando así la diferencia.

A pesar de la inexistencia de datos oficiales sobre las muertes por suicidio en los años 2019 y 2020 la prensa si notifica un aumento importante en las muertes por autolisis.

Cabe destacar que:

- El año 2014 es el de cifras más altas en **España**, siendo el método más utilizado ese año la lesión auto-infligida intencionadamente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en hombres y la lesión auto-infligida intencionadamente al saltar desde un lugar elevado en mujeres.
- El año 2013 es el que ofrece las cifras más altas en **Andalucía** y sin distinguir por sexos. El método más utilizado es la lesión auto-infligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.
- Tanto a nivel nacional como en Andalucía se suicidan más hombres que mujeres, con una diferencia muy notable, ya que, por ejemplo, en 2014 las mujeres supusieron un 4,8% del total.
- El tramo de edad en el que se producen más suicidios es entre los 30 y los 39 años tanto a nivel estatal como autonómico.

-Datos a nivel nacional

Según los datos estadísticos que aparecen en el INE, a **nivel nacional**, desde el año 2010 hasta el 2014 las muertes que tienen como causa el suicidio en España experimentan un aumento considerable, pasando de 3158 muertes en 2010 de las cuales 2468 fueron de hombres y 690 de mujeres a 3910 personas suicidadas en 2014, siendo 2938 hombres y 188 mujeres.



En 2014, el momento en el que existe una mayor incidencia es en mayo, con 331 casos de los cuales 77 son mujeres, lo que supone un 23,3% de los casos, lo que podría hacer pensar que el hecho estacional marca la incidencia de las mujeres en cuanto al suicidio, ya que la diferencia entre el 4,85 de todo el año y el 23,3 del mes de mayo, es más importante.

Durante el año 2015 y 2016, a nivel nacional, bajan las cifras de suicidios pasando de 3910 del 2014 a 3602 en el 2015 y 3569 en el 2016.

En el año 2017 los suicidios experimentan un ligero ascenso, produciéndose 3679, para bajar un poco en el 2018 en el que se contabilizan 3539.

El **rango de edad** en el que se producen más suicidios, a **nivel nacional** es el comprendido entre los 30 y los 39 años.

A continuación se presenta la tabla referida al número de fallecimiento por autolisis, en los años que se indican y con la diferenciación por sexo y por rango de edad con mayor incidencia que es el de 30 a 39 años.

Muertes por Suicidio en España, por año, sexo, y tramo de edad más frecuente

AÑO	TOTAL MUERTES	HOMBRES	MUJERES	FRECUENCIA 30 - 39 AÑOS
2010	3158	2.468	690	500
2011	3180	2.435	745	496
2012	3539	2.724	815	548
2013	3870	2.911	959	518
2014	3910	2.938	188	504
2015	3602	2.680	922	427
2016	3569	2.662	907	456
2017	3679	2.718	961	452
2018	3539	2.619	920	396

Tabla 1.- Número de muertes por suicidio en España según, año, sexo y tramo de edad más frecuente. Fuente INE 2018

Al pasar estos datos a un gráfico, se facilita la visión de incrementos o disminuciones por cada uno de los parámetros que se han tenido en cuenta:

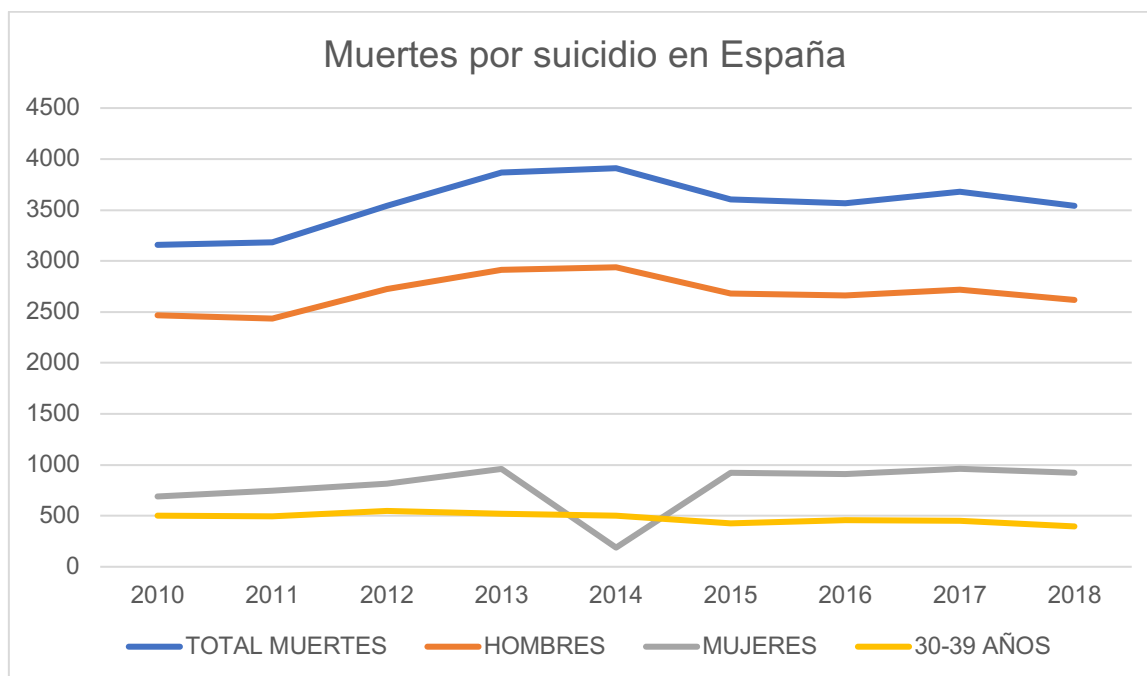


Gráfico 1.- Incidencia del Suicidio en España por: año, sexo y período de mayor frecuencia. INE (2018). Elaboración propia.

En lo que se refiere al **método más utilizado** para llevar a cabo el suicidio se comprueba a nivel nacional en el año 2014, que es cuando se llega a la cifra más alta de muertes por suicidio y sin distinción por sexos, según el INE es: la lesión auto-infligida intencionadamente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación: 488,49 por cada 1000 suicidios.

En segundo lugar, aparece como causa la lesión auto-infligida intencionadamente al saltar desde un lugar elevado: 239,64 por cada por 1000 suicidios.

Como tercera causa está el envenenamiento auto-infligido intencionadamente por (exposición a) otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados: 61,13 por cada 1000 suicidios.

A nivel nacional y diferenciando a mujeres y hombres y según el método utilizado para quitarse la vida en las **mujeres el método más utilizado**, según el INE, para suicidarse es la lesión auto-infligida intencionadamente al saltar desde un lugar elevado: 84,14 por cada 1000 suicidios.

En segundo lugar, referente a las mujeres, la causa es: la lesión auto-infligida intencionadamente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación: 78,52 por cada 1000 suicidios.

Y en tercer lugar las mujeres utilizan como método para quitarse la vida el envenenamiento auto-infligido intencionadamente por (exposición a) otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados: 28,64 por cada 1000 suicidios. En lo referido a los **hombres**, según el INE, **el método más utilizado** es la lesión auto-infligida intencionadamente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación: 409,97 por cada 1000 suicidios.

En segundo lugar, en los hombres, la causa de la muerte es la lesión auto-infligida intencionadamente al saltar desde un lugar elevado: 155,5 por cada 1000 suicidios.

Y en tercer lugar los hombres utilizan el envenenamiento auto-infligido intencionalmente por (exposición a) otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas y los no especificados para quitarse la vida: 51,29 por cada 1000 suicidios.

MÉTODO USADO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
AHOGAMIENTO	41	7,9	48,9
SALTO AL VACÍA	15,6	8,4	24
ENVENENAMIENTO	3,7	2,9	6,6

Nº ORDEN	
H	M
1º	2º
2º	1º
3º	3º

Tabla 2.- Datos totales y por sexo según método utilizado. INE (2018)

Al pasar estos datos a un gráfico, se facilita la visión de incrementos o disminuciones por cada uno de los parámetros que se han tenido en cuenta:

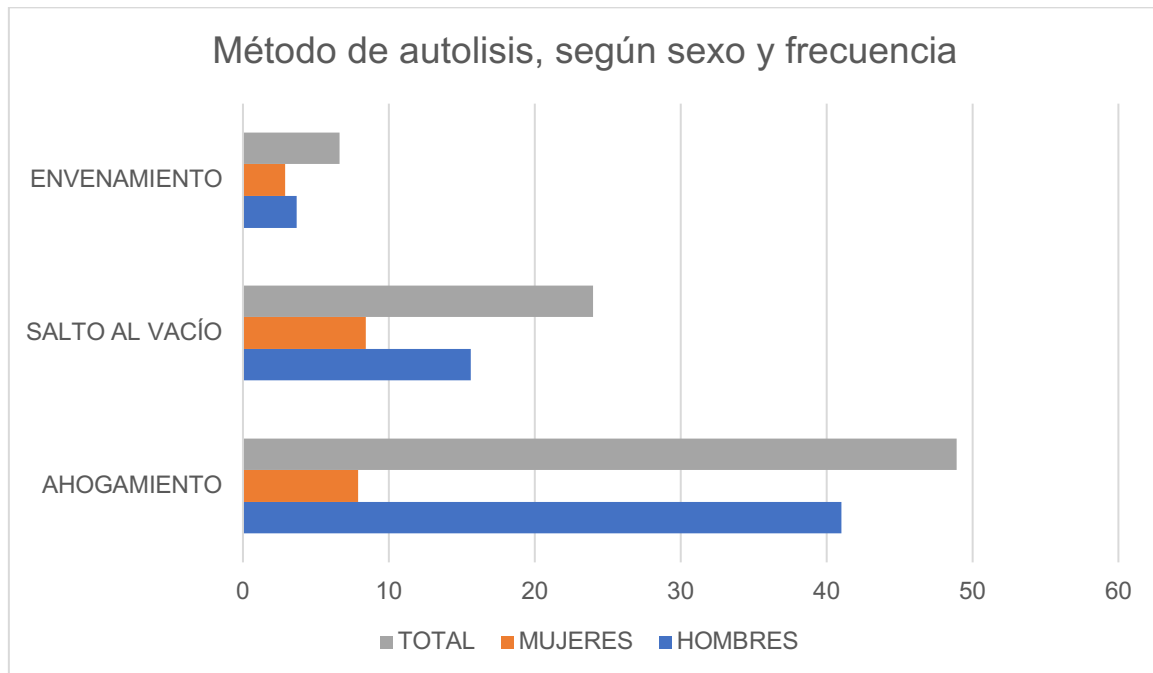


Gráfico 2.- Método de autolisis por frecuencia y sexo. INE (2018). Elaboración propia

-Datos a nivel autonómico, Andalucía.

Los datos del INE que se refieren a la comunidad de **Andalucía** nos indican que en el año 2010 se suicidaron 685 personas de las cuales 537 son hombres y 148 mujeres y en el 2013 es cuando experimentan un aumento considerable llegando a producirse 808 muertes, 620 en hombres y 188 mujeres.

En **Andalucía** el año 2011 es el año en el que la cifra de suicidios es más baja, tomando el tramo de años del 2010 al 2018. Se producen 651 muertes. De ellas 521 son hombres y 130 mujeres.

El **rango de edad** en el que se producen más suicidios, es el comprendido entre los 30 y los 39 años, excepto el año 2014 que fue de los 50 a los 54 años.

Muertes por Suicidio en Andalucía, por año, sexo, y tramo de edad más frecuente

AÑO	TOTAL MUERTES	HOMBRES	MUJERES	RANGO DE EDAD MÁS AFECTADO



2010	685	537	148	De 30 a 39 años: 110 muertes
2011	651	521	130	De 30 a 39 años: 96 muertes
2012	781	617	164	De 30 a 39 años: 123 muertes
2013	808	620	188	De 30 a 39 años: 11 muertes
2014	784	621	163	De 50 a 54 años: 100
2015	682	525	157	De 30 a 39 años: 81 muertes
2016	668	528	140	De 30 a 39 años: 82 muertes
2017	692	506	186	De 30 a 39 años: 84 muertes
2018	653	505	148	De 30 a 39 años: 79 muertes

Tabla 3.- Número de muertes por suicidio en Andalucía según, año, sexo y tramo de edad más frecuente. Fuente INE 2018

Al pasar estos datos a un gráfico, se facilita la visión de incrementos o disminuciones por cada uno de los parámetros que se han tenido en cuenta:

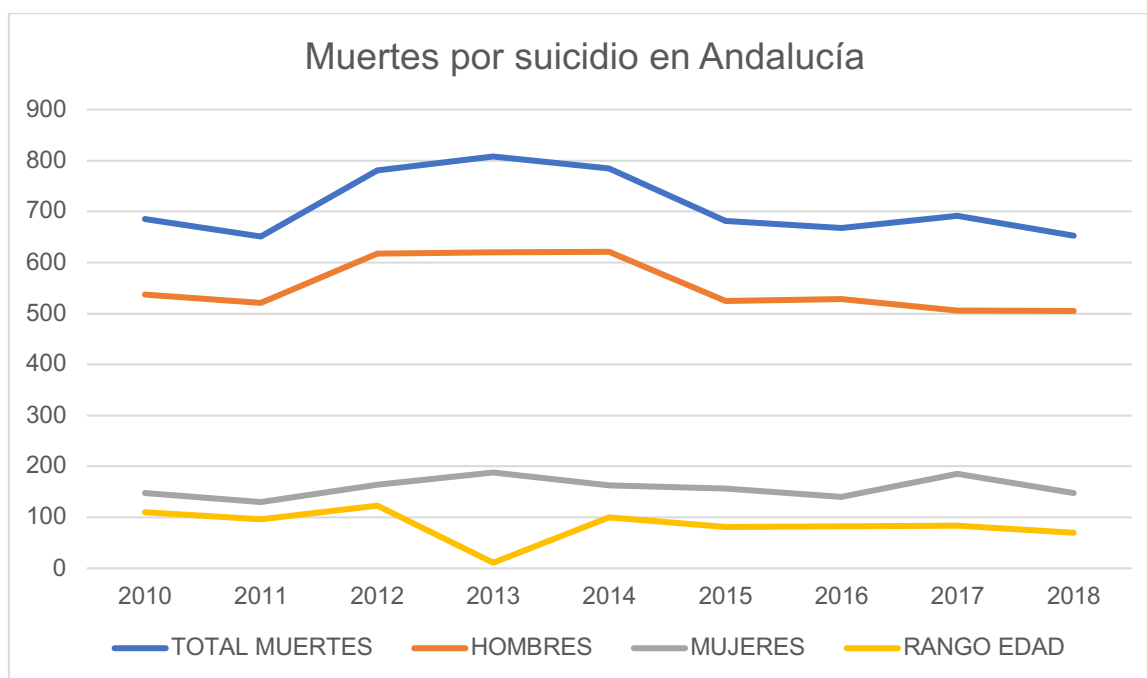


Gráfico 3.- Incidencia del Suicidio en Andalucía por: año, sexo y período de mayor frecuencia. INE (2018). Elaboración propia.

Por último concretando en **Andalucía**, en el año 2013, que es cuando se produce la cifra más alta de muertes por suicidio y sin distinción por sexos, **la principal causa** es la lesión auto-infligida intencionadamente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, método que utilizaron 457 personas.

En segundo lugar 165 personas se quitaron la vida por la lesión auto-infligida intencionadamente al saltar desde un lugar elevado.

Y en tercer lugar la causa es la lesión auto-infligida intencionadamente por disparo de otras armas de fuego y las no especificadas que utilizaron 52 personas.

MÉTODO USADO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
AHOGAMIENTO	390	67	457
SALTO AL VACÍO	102	63	165
ARMAS DE FUEGO	50	17	67

Tabla 4.- Datos totales y por sexo según método utilizado. INE (2018)

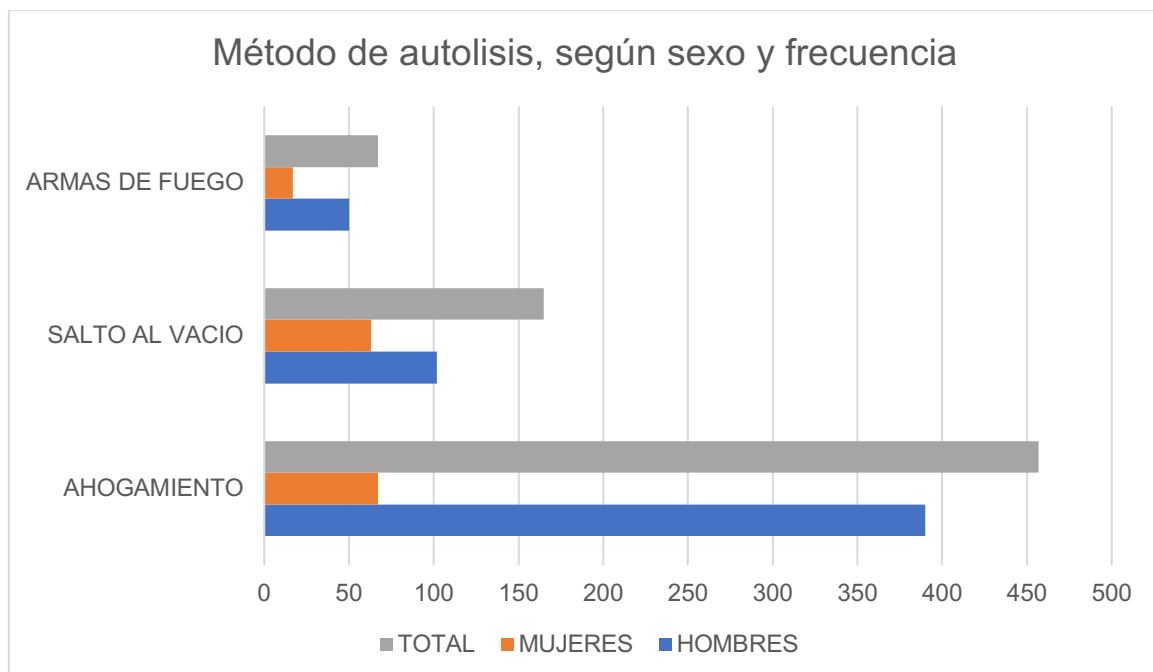


Gráfico 4.- Método de autolisis por frecuencia y sexo. INE (2018). Elaboración propia

En la siguiente tabla se detallan los porcentajes de muertes por suicidio o autolisis a nivel estatal y andaluz, diferenciados por año y sexo.

Referente a los resultados siguen la misma tendencia en España que en Andalucía.

Porcentaje de muertes por suicidio a nivel estatal y andaluz, por año y sexo.

AÑOS	NIVEL ESTATAL		NIVEL ANDALUZ	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
2010	78,15%	21,85%	78,39%	21,61%
2011	76,57%	23,43%	80,03%	19,97%
2012	76,97%	23,03%	79,00%	21,00%
2013	75,21%	24,79%	76,73%	23,27%
2014	75,14%	24,86%	79,20%	20,80%
2015	74,40%	25,60%	76,97%	23,03%
2016	74,58%	25,42%	79,04%	20,96%
2017	73,87%	26,13%	73,12%	26,88%
2018	74,00%	26,00%	77,33%	22,67%

Gráfico 5- Porcentajes de las muertes de autolisis a nivel nacional y autonómico por año y sexo-. INE (2018).

Elaboración propia

La OMS (2012) nos explica que las cifras que se ofrecen año tras año de las personas que se suicidan no reflejan la realidad de este problema por los tabúes que existen en la sociedad no dejando ver su verdadera dimensión en lo que se refiere a los métodos utilizados, a los intentos de suicidio, a los suicidios consumados y a los grupos de personas de mayor riesgo.

Además la Organización Mundial de Salud presenta con cierta frecuencia campañas de prevención para eliminar el desconocimiento y la poca visibilización que aún a día de hoy tiene de todo lo relacionado con el tema del suicidio que hace que las posibles víctimas y su entorno sean discriminadas y que sean señaladas socialmente.



Además de esto, ha copatrocinado junto a la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio que se dedique el día 10 de septiembre de cada año a la celebración del Día Mundial para la Prevención del Suicidio.

5. FACTORES DE RIESGO LA CONDUCTA SUICIDA

A la hora de analizar los factores de riesgo que pueden llevar a una persona a quitarse la vida no existen normas o predicciones absolutas, pues se obtienen después de hacer una observación y análisis de los casos de suicidio a lo largo del tiempo.

Williams y Broedbent (1986) determina que todo comportamiento suicida y sus variadas expresiones son el resultado de los diferentes factores de riesgo y expresiones en los distintos momentos del proceso de la persona con ideas suicidas.

En el inicio de las conductas suicidas intervienen numerosos factores: biológicos, psicológicos, psicopatológicos, familiares, sociales, culturales, religiosos, filosóficos, ambientales y frente a ellos, los factores de protección son del todo insuficientes.

No existen elementos que puedan anticipar ciertamente la acción suicida de una persona. Algunas llevan a cabo el suicidio sin tener factores de riesgos ciertos mientras que otras personas no ponen fin a sus vidas a pesar de presentarlos.

Pérez et al. (2014) presenta los diferentes factores que pueden influir en las diferentes etapas de la vida de las personas para cometer un suicidio.

- En la **infancia** un factor de riesgo es el entorno familiar del que forma parte el/la menor.

Sí su nacimiento fue deseado o produjo rechazo, la edad de los padres y madres, tanto si son muy jóvenes, pues pueden ser inmaduros e inmaduras a nivel bio-psicológico, prestar poca atención a la educación del hijo o hija... como si los progenitores tienen mucha edad, pues pueden dar lugar a situaciones de sobreprotección extremas o a situaciones de mucha permisividad.

Cabe destacar también los siguientes aspectos referidos a los factores de riesgo:

La personalidad de los padres y madres, sus posibles trastornos antisociales, inestabilidad emocional, esquizofrenia, depresión, adicciones, etc.

Las características psicológicas del menor, agresividad, trastornos en el control de impulsos, perfeccionistas, pasivos, dependientes, obstinados, ordenados, meticulosos, trastornos del humor, ansiedad...

El clima emocional en el que convive el menor es muy importante, pues una familia en la que imperen las discusiones, las voces, las peleas frecuentes pueden llevar a situaciones propicias para un acto suicida.

La edad de las niñas que sufren intentos de suicidio es menor que la edad en los intentos que llevan a cabo los niños, al madurar psicológicamente de manera general ellas antes que ellos.

Otro de los factores de riesgo a destacar en esta etapa es el bullying y/o ciberbullying que puede llegar a tener graves consecuencias para el menor o la menor, derivando en algunas ocasiones en conductas suicidas y/o a acabar con su vida.

Este factor de riesgo también puede aparecer en la siguiente etapa.

- En la **adolescencia** los factores de riesgo pueden ser la pobreza emocional, las situaciones adversas que les condicionaron ya para tener una infancia infeliz, depresión, abusos de sustancias, relaciones amorosas problemáticas, baja autoestima, conductas antisociales, impulsividad, problemas con las fuerzas de seguridad...
- Los **adultos** tienen en el alcoholismo uno de los principales factores de riesgo, así como los trastornos depresivos, la desesperanza, la culpabilidad, sentirse inútiles, pérdida de prestigio, la esquizofrenia, los delirios diversos con un humor depresivo, excesiva medicación antipsicótica...
- Los **mayores** utilizan métodos más eficaces a la hora de suicidarse, dan menos señales de la conducta suicida y estos actos los tienen muy meditados. Los factores de riesgo son la depresión, situaciones de maltrato que pueden sufrir, padecer enfermedades crónicas y terminales, frecuentes periodos de ingresos hospitalarios, sentimientos de soledad, pérdida de seres queridos, aislamiento social, pérdida de prestigio, miedo al futuro, posible dolor por sufrir enfermedades terminales...

Otra clasificación para los diversos factores de riesgo la realiza Valdivia (2014), clasificándolos en factores personales, biológicos, somáticos, demográficos y de riesgo, culturales y sociales.



- **Factores personales:** desesperanza, vulnerabilidad, dificultad para solucionar problemas, trastornos de personalidad, consumo de sustancias, trastornos de la alimentación, ansiedad...
- **Factores biológicos:** bajos niveles de serotonina, altos niveles de colesterol y cortisol.
- **Factores somáticos:** existe una relación de intentos de suicidios y padecer estas enfermedades: cáncer, VIH, epilepsia, Parkinson, infartos, esclerosis múltiple...
- **Factores demográficos:**
 - Género: el número de suicidios es más alto en los hombres y lo intentan más las mujeres.
 - Método: los hombres utilizan más la agresividad a la hora de quitarse la vida.
 - Edad: cada vez más los intentos de suicidio se producen en personas más jóvenes.
 - Intentos previos: existen datos de personas que intentan quitarse la vida de 25 a 30 veces.
- **Factores de riesgo culturales y sociales:**
 - Referidos a poblaciones vulnerables y a minorías.
 - Personas desempleadas, migrantes, estigmatizadas, militares, minorías sexuales y religiosas, torturados...

Herrera y Avilés (2000) recalcan la importancia que posee la dimensión social como factor de riesgo. Se puede estudiar desde dos niveles: a nivel microsocial (dinámica familiar) y a nivel macrosocial (datos sociodemográficos).

El nivel microsocial y el nivel macrosocial tienen en común estos elementos:

1. Toda experiencia por la pérdida de un ser querido lleva consigo unas condiciones que se pueden volver crónicas y convertirse en la antesala del comportamiento suicida.
2. Al sufrir una pérdida se tienen grandes dificultades para sustituir los apoyos familiares que se han perdido por otros apoyos en el grupo de amigos y amigas.
3. Puede desaparecer la capacidad de disfrute y de placer con personas o actividades que anteriormente si se los habían proporcionado.

Ni los factores biológicos, ni psicológicos ni socioculturales por ellos mismos son suficientes razones para poder llegar a explicar la conductas suicidas. Los factores interactúan de manera compleja para que aparezca el comportamiento suicida.

Hay estudios que reflejan que entre un 40% a un 60% de las personas que se suicidan tienen el mes anterior cita con el médico, siendo esta circunstancia de vital importancia si tenemos en cuenta que desde el ámbito de la sanidad se pueden hacer buenas intervenciones de prevención con los pacientes, tal y como señala la OMS (2001) que publicó una serie de estrategias dirigidas a los médicos y las médicas para que tuvieran a su disposición instrumentos para el buen manejo de los pacientes y las pacientes con ideas suicidas.

Ibarra y Morfin (2017) recalca la importancia de proceder a identificar los factores de riesgo así como desarrollar modelos de prevención o atención que puedan establecer estrategias eficaces para poder anticiparse e ir disminuyendo las actitudes suicidas.

6. PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

La prevención de la conducta suicida es una de las principales fases en el estudio del suicidio junto con la detección, el diagnóstico y su tratamiento.

Para realizar una efectiva y correcta prevención es necesario un abordaje de forma transversal y multidisciplinar, que abarque los ámbitos sanitario, educativo, familiar, comunitario y de la comunicación.

Por ello la Junta de Andalucía (2010) en la *“Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiar”* recuerda en todo momento la necesidad de realizar diferentes medidas, programas y actividades para la prevención del suicidio porque no sólo estamos contribuyendo al descenso de fallecimientos por suicidio, sino que también se está promocionando el bienestar psicosocial para toda la población.

Encontramos guías de prevención y atención gratuita en otras comunidades autónomas, destacando la de Murcia, que tiene una web de prevención del autolisis, didáctica, fácil y muy llamativa.

Estas estrategias deben de evaluarse continuamente, a pesar de sus múltiples variables. Ruiz y Orly (2006) nos recuerdan que desde el continente europeo la prevención del suicidio se ha convertido en una prioridad, sobre todo en los últimos años.



Uno de los recursos existentes en España para la prevención del suicidio, es el Teléfono de la Esperanza, Morales (2019) explica que este recurso ha tenido un aumento de demandas en los últimos años. Los profesionales que atienden el Teléfono de la Esperanza reciben previamente una formación sobre el tema durante 2 años para desarrollar la escucha y no enjuiciar, además de adoptar siempre medidas de comprensión.

En enero de este año en el periódico La Vanguardia, aparecía como tema a abordar un artículo de Bárbara Julbe, que titula *Suicidio ¿cuáles son las señales de alarma?* Empieza el subtítulo diciendo “Los expertos alertan de que la pandemia y la crisis socioeconómica elevan el riesgo de conductas suicidas”, en él se cuentan estrategias para evitar la tentación del suicidio, sobre todo por depresión; pero además dan soluciones en forma de teléfono de un centro de especialistas, que te atienden de forma anónima (900 925 555); todo el artículo está centrado en la prevención, y exponen detalles como que el suicidio es la principal causa de muerte externa (accidentes de cualquier tipo) en todas las edades, todo ello planteado a modo de alerta.

La reflexión sobre el hecho de que un periódico (el tercero en tirada de España) plantee la prevención como importante, hace pensar que las cosas están cambiando. La sociedad se está dando cuenta que es un tema que hay que tener en cuenta para prevenirse de él. (Julbe, 2021)

Antes de presentar las diversas medidas para una correcta prevención según las aportaciones de diferentes autores y autoras, se concretará el termino suicidiología para entender mejor el suicidio y su prevención.

La suicidiología es el “estudio científico del proceso suicida individual y grupal, así como de las características propias y/o asociadas a las ideas, comunicaciones y conductas suicidas de la población en general” (Valdivia, 2014, p.18)

En definitiva, es una línea de acción que incorpora la prevención con aquellas personas que posean más riesgo de realizar una conducta suicida, impartiendo además la educación emocional.

Pérez et al. (2014) diferencian las actuaciones a nivel preventivo en tres: nivel primario, secundario y terciario.

- **Nivel Primario:** antes de conocer el intento suicida.

Las diferentes acciones a desarrollar son:



- Descubrir las conductas y pensamientos que puedan derivar en riesgo suicida.
- Valoración de las enfermedades y trastornos de riesgo, como por ejemplo: depresión, consumo de estupefacientes...
- Programas educativos.
- Intervención en los Medios de Comunicación
- Screening (se trata de un cribado para detectar signos o síntomas de una enfermedad, en este caso del suicidio)

Por lo tanto, es necesario realizar una intervención que este formada por: diferentes cursos formativos para los y las diferentes profesionales y agentes implicados, editar o eliminar conductas de riesgo, implantar conductas saludables, abordar de una manera adecuada y eficaz los casos detectados que posean un riesgo.

- **Nivel Secundario:** al ser rescatado de una tentativa suicida.

En la prevención secundaria es fundamental la adherencia y seguimiento del tratamiento médico y psicológico.

Para conseguir esto se propone:

- Diseño e inserción de técnicas de rescate.
- Terapia en fase aguda, tanto médica como psicológica.
- **Nivel Terciario:** después de ser rescatado del intento suicida.

En este último nivel se encuentran las siguientes acciones:

- Seguimiento.
- Acompañamiento.
- Ayuda social.

Para esto se necesitará una intervención sobre las posibles secuelas, el estrés postraumático y rehabilitación tanto en supervivientes como en sus familiares y allegados y allegadas.

Valdivia (2014) señala que la prevención perfecta sería la realizada y ejecutada de manera primaria pero en la mayoría de los casos se realiza una prevención secundaria e incluso terciaria.

En concordancia a lo anteriormente expuesto, Ceballos y Suarez (2013) presentan los factores protectores, aquellos que reducen la probabilidad de suicidio/autolesión:

- **Factor familiar:** poseer una buena relación con los miembros de la familia descende la posibilidad de suicidio, al ser un posible apoyo para la persona con ideas suicidas.



- **Factores culturales y sociodemográficos:** una buena integración social, buena relación con los compañeros y compañeras, con el profesorado, es decir tener el apoyo de personas relevantes.
- **Factores cognitivos y de personalidad:** habilidades sociales, confianza en un/a mismo/a, búsqueda de ayuda en situaciones complicadas, petición de consejos.

Estas habilidades son fundamentales para la prevención del suicidio.

La educación socio-emocional desempeña un papel fundamental, ya que gracias a esta se promueve el diálogo, la confianza, la comunicación, la resolución de conflictos, la empatía...

A esto, los autores y autoras incluyen en esta prevención la formación a los grupos específicos sociales, los cuales realizan diferentes acciones con aquellas personas que tienen, han tenido o pueden llegar a tener ideas suicidas.

En estos grupos específicos sociales se encuentran: enfermeros/as, médicos/as, educadores/as sociales, trabajadores/as sociales...

Las diferentes intervenciones más eficaces para la prevención del suicidio según Roscoät y Beck (2013) y Jagodic et al (2012) son:

- Limitación en el acceso de los métodos más letales.

Estos cambios en las normas y reglamentos dependiendo de las necesidades y posibilidades de acción, pueden implantarse tanto a nivel nacional como local.

- Tener contactos frecuentes con pacientes de riesgo ha resultado ser un método efectivo en la disminución de casos de suicidio.

Por ello, es necesario que el personal implicado en el proceso mantenga contacto con los y las pacientes con alto riesgo suicida.

- Centros y líneas de intervención en crisis.

Estos servicios cuando se producen situaciones de crisis tienen un papel fundamental en la disminución de los índices de suicidio.

- Entrenamiento al personal implicado causa un significativo descenso en los índices suicidas.
- Intervenciones en las escuelas, reorganización en los servicios de salud y campañas de información a la población.

- Prescripción psicofarmacológica.

Recetar antidepresivos puede llevar a una mejoría en el diagnóstico y tratamiento de la depresión, ayudando así a la reducción de intentos de suicidio.

Al igual que los autores y autoras anteriores “*La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*”, realizada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012) nos presenta las siguientes medidas generales para la prevención de la conducta suicida:

- Programa de prevención de la conducta suicida a nivel internacional.
- Potenciación de factores protectores y resiliencia.
- Restricción del acceso a medios letales.
- Medios de comunicación y suicidio (seguir las indicaciones aportadas por la OMS sobre la información y reportación del suicidio en los medios de comunicación).
- Internet (eliminación de las páginas web pro-suicidio).
- Programas formativos de prevención de la conducta suicida [profesionales sanitarios y no sanitarios (profesionales de centros educativos y servicios sociales)].

Estas estrategias, actividades y programas de prevención pueden presentarse en diferentes niveles, tal y como recoge la OMS (2014):

- Estrategias universales: su objetivo es llegar a toda la población potenciando al máximo la salud y al mínimo el riesgo del suicidio.
- Estrategias selectivas: dirigidas únicamente a grupos vulnerables de la población, ya sea por su edad, sexo, situación ocupacional o antecedentes familiares.
- Estrategias de prevención indicadas: se dirigen a determinadas personas en situación de vulnerabilidad.

Confirmado todo lo anterior, Ibarra y Morfín (2015) presentan que el factor de la comunicación es principal para poder prevenir el suicidio, puesto que hablar de aquello que le pasa a la persona, siente o piensa, es fundamental para su prevención.

Por ello existen diferentes líneas de ayuda telefónica o grupos de autoayuda, facilitando la esta a aquellas personas que se encuentran en una situación de peligro para ellos mismos o ellas mismas.

La OMS (2014) recomienda que en cada cita de seguimiento deben de evaluarse las siguientes dimensiones: ideas de muerte, planes suicidas, signos de alteraciones emocionales o conductuales, es decir, el bienestar emocional de la persona.

Rubio (2019) muestra la herramienta creada por el Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid) para la prevención del suicidio. Se trata de una aplicación que detecta el tiempo que las personas con enfermedades mentales pasan en internet o en redes sociales realizando búsquedas relacionadas con ideas delirantes o sobre el suicidio.

En el caso de que realicen esta búsqueda recibirán una alerta los profesionales y las profesionales para evitar posibles recaídas o desenlaces no deseados.

Esta herramienta, puede ser un nuevo paso para poder reducir las muertes por autolisis, tanto en nuestro país como en el resto del mundo.

A esta nueva herramienta, se añade el nuevo método creado en la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Marbella (Málaga), como recoge la Redacción de Andalucía Información (2019). Este método se lleva a cabo desde la prevención hasta el abordaje de la conducta suicida. El objetivo es reducir la variabilidad clínica y homogeneizar el plan de intervención para mejorar la seguridad y calidad asistencial.

En definitiva, podemos unir los diferentes términos de prevención y salud mental positiva ya que se encuentran relacionados entre sí. Ambos producen una menor mortalidad y morbilidad y aumentan las conductas saludables y los comportamientos pro sociales.

7. PROCESO DE DUELO

Para poder adentrarnos en el proceso de duelo, Gradillas y Gradillas (2018) lo definen como el proceso en que las personas que deciden acabar con su vida producen diferentes reacciones en sus familiares, amigos, amigas, allegados y allegadas. La muerte por suicidio genera un mayor sufrimiento al ser un acto contra sí mismo/a.

Complementando esto, la “*Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento en la Conducta Suicida*”, elaborada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012), presenta el duelo como la respuesta emocional y física que se produce tras el fallecimiento de un ser querido. El duelo es la respuesta ante esta pérdida.

Entre las diferentes reacciones emocionales que se presentan en este proceso de duelo, como recoge Gradillas y Gradillas (2018), se encuentran:

- **Tristeza:** este sentimiento lo provoca el pensar en el sufrimiento que sintió el fallecido o la fallecida y que le llevó o la llevó a tomar la decisión de suicidarse.
- **Culpa:** se producen remordimientos tanto en los familiares como en sus amigos y amigas, llegando en algunos casos a ser desproporcionada.
- **Ansiedad:** suele presentarse junto con la vergüenza, centrándose en los posibles problemas que se pueden producir en un futuro.
- **Vergüenza:** exponerse a la posible opinión pública, ya que el hecho puede conocerse y ser juzgados por los demás, así se sienten, tanto por el entorno cercano como lejano.
- **Alivio:** por finalizar el sufrimiento tan insoportable que ha vivido la persona. En algunos casos, la autolisis llega después de un largo tiempo de sufrimiento, por ello al suceder puede mostrarse un cierto alivio después de tanta lucha.

Este sentimiento les puede generar culpa.

Además de estos sentimientos, la “*Guía para Familiares en Duelo por Suicidio. Supervivientes*” elaborada por la Junta de Andalucía (2010) detalla los siguientes:

- **Rabia:** es normal que se produzca esta emoción, sobre todo al inicio.
- **Miedo:** se une con la fragilidad. Sentir que en todo momento puede ocurrir una nueva adversidad que vuelva a cambiar nuestra vida.
- **Fracaso:** sentimiento que se produce al pensar que se podría haber evitado.
- **Frustración:** toda la ayuda ofrecida para superar su estado de ánimo, finalmente no sirvió.

Algunas veces, la unión de alguna o todas estas emociones puede derivar en una desesperanza similar a la que sufrió la persona fallecida. Por ello, es importante disponer de recursos y ayuda profesional para poder controlar la situación, que puede ser una situación de alto riesgo.

Moya (2019) recalca la incompreensión que rodea a toda esta situación a la que se enfrentan la familia y el grupo de amigos y amigas de la persona que se quita la vida.

La Junta de Andalucía (2010) también muestra las diferentes fases de duelo que pueden producirse, concretamente tres:

- **Etapa 1:** es frecuente sentir rabia, confusión, angustia o aturdimiento, creer que todo es irreal y negar los propios sentimientos. Además, puede aparecer una cierta

distancia emocional con los allegados, las allegadas y el entorno, para autoprotegerse o incluso sentir alivio.

De manera general los familiares de personas fallecidas por suicidio puede que no crean en un principio que su familiar pudiera llevarlo a cabo, a pesar de que lo hubiese intentado o mencionado en momentos anteriores.

- **Etapas 2:** se siente soledad, depresión y tristeza. Además de estos estados de ánimo se pueden producir emociones, como por ejemplo: desesperación, agresividad, sentir que la vida ha perdido su significado, trastornos alimenticios, alteraciones en el sueño...
- **Etapas 3:** aceptación de la pérdida de forma pausada, los sentimientos son menos intensos. Se van realizando tareas que antes no se hacían y estableciendo nuevas relaciones.

La OMS (2010) presenta la importancia y prioridad de ofrecer orientación a los familiares, al igual que a las personas cercanas a la que ha decidido acabar con su vida.

Ibarra y Morfín (2017) en su obra *Investigación transdisciplinar del fenómeno suicida*, indican que el abordaje del problema puede hacerse de distintas formas y que las diferentes estrategias de atención pueden seguirse de manera presencial, telefónica o vía correo electrónico.

Al principio estas estrategias se recibirán semanalmente y a medida que transcurra el tiempo y el cambio se produzca, se irán reduciendo.

Se debe mantener un contacto intenso y duradero si persistiera la situación.

Como relatan algunos de los familiares de personas que decidieron suicidarse, el día del suceso cambió su vida para siempre.

Nadie nunca está preparado para recibir la noticia de que un ser querido ha decidido acabar con su vida.

Todas las reacciones que pueden producirse son habituales, aunque puede depender de diferentes factores, tal y como expone la Junta de Andalucía (2010):

- Sí fue el familiar quién encontró al ser querido muerto.
- El método para acabar con su vida.
- Sí pudo o no despedirse.
- La forma en la que se le comunicó la noticia del fallecimiento.



- Grado de relación que tenían.
- De lo inesperado de la muerte.
- Tiempo que transcurre desde el conocimiento de los hechos hasta la oficialización del fallecimiento.
- Existencia de la nota suicida y su contenido.
- De la ayuda recibida de los equipos de emergencia y red social.

Los primeros años después del acontecimiento son muy duros; la primera navidad, las vacaciones, el primer cumpleaños... son fechas señaladas en las cuáles se recuerda con más intensidad la ausencia del ser querido. No por ello significa un retroceso en el proceso.

En esta guía realizada por esta institución, se ofrecen algunos consejos para poder superar el proceso:

- Reconocer la pérdida. Es fundamental intentar aceptar que la persona no va a volver y compartir lo que se está sintiendo.
- Trabajar con las emociones. El tiempo es necesario y clave para poder entender y aceptar las emociones y sentimientos que se están produciendo. Por evitarlos no hace que mejore y que termine la situación.
- Aprender a vivir sin la persona. Deben intentar reconstruir y seguir con su vida, volviendo a la normalidad.
- Seguir hacia delante. Pensar en el futuro, cambiar los planes ante la nueva situación.

Aquellos familiares cuyo proceso de duelo va evolucionando adecuadamente van recuperando los recuerdos positivos de aquella persona que no está y vuelven a hablar de ella con naturalidad en su día a día.

El duelo es independiente a la causa de la muerte, pero este se hace más duro al saber que la causa de la muerte es el suicidio.

Este proceso se caracteriza por cuestionar todas las dimensiones relacionadas con la persona fallecida y la búsqueda inalcanzable de una explicación. Todo ello forma y completa una clara expresión del sufrimiento.

Nunca nadie está preparado para recibir una noticia así.

8. MITOS SOBRE LAS PERSONAS CON IDEAS SUICIDAS

La gran cantidad de mitos que existen sobre el suicidio hoy en día, generan un gran problema para poder identificar la gravedad de la autolisis, en general en la sociedad y sobre todo en las personas o familias que tienen cerca a una persona con ideas de “Acabar con todo”.

También impiden que el que sufre el problema pueda reconocer salidas para poder superar el momento depresivo o negativo que vive, lo cual estigmatiza a estas personas y pueden llevar a juicio de valor erróneos. Por ello se cree conveniente plantear los Mitos Falsos más frecuentes, y su revocación, recogidos y expuestos por Pérez et al.(2014) y Valdivia (2014).

Los mitos se pueden definir como el criterio culturalmente aceptado y entronizado en la población, pero, en realidad no reflejan la veracidad científica de dicho aspecto.

Según José Manuel Losada (Losada, 2016) profesional de referencia, muestra que los falsos mitos o creencias carecen “en principio” de testimonios históricos.

FALSOS MITOS O CREENCIAS	REALIDAD
Solamente los expertos, los profesionales pueden evitar un suicidio	La ayuda puede prestarla toda persona cercana, que le haga llegar apoyo y motivación para iniciar un tratamiento profesional.
Al hablar abiertamente del suicidio, de las ideas suicidas “se le meterá en la cabeza y la persona se quitará la vida”	El suicidio es una decisión personal. Es importante poder hablar y preguntar sobre el tema.
La persona con ideas suicidas, no quiere quitarse la vida, es sólo una llamada de atención	Todas las llamadas de atención son comunicaciones de la persona con ideas suicidas que siempre hay que tener en cuenta
Los suicidios son actos de cobardía	No son personas ni valientes ni cobardes, son personas que voluntariamente se quitan la vida
Los niños son personas que nunca llegan al suicidio	El suicidio infantil existe. Desde que un niño o una niña toma conciencia del concepto de la muerte puede tener ideas suicidas y/o suicidarse



El “verdadero suicida” tienen la certeza al 100% de que quiere quitarse la vida	El suicida tiene mucha inseguridad sobre el acto suicida, incluso momentos antes de llevarlo a cabo
Las personas con actitudes suicidas son enfermos y/o locos	Muchos/as suicidas hacen una planificación muy detallada por lo que son conscientes de la realidad y tienen la capacidad para llevarlo a cabo.
Las personas con ideas suicidas no comunican sus intenciones	De cada 10 personas que se suicidan, 9 comunicaron de forma clara sus intenciones y la décima insinuó el deseo de terminar con su vida
Solamente se suicidan las personas con depresión	La depresión aparece siempre como factor de riesgo, pero no todas las personas con ideas suicidas padecen depresión
Toda persona que intenta suicidarse tendrá esa idea durante toda la vida	Las crisis suicidas pueden durar días, horas, o incluso semanas. Es importante poder reconocerla para aplicar la prevención.
Las ideas suicidas son hereditarias	Esto no está demostrado. La predisposición a padecer una enfermedad mental si lo puede ser a nivel familiar y así también el suicidio como síntoma principal
Las creencias religiosas evitan que el individuo pueda suicidarse	Pueden ser un factor de protección, pero puede tener una enfermedad mental o una crisis de fe (por ejemplo)

9. EL SUICIDIO EN EL ÁMBITO DE LA COMUNICACIÓN

El suicidio, al ser un fenómeno autodestructivo suscita curiosidad y atención, de ahí el interés mediático que crea.

Los medios de comunicación tienen un papel fundamental en la prevención del suicidio como causa de muerte evitable, puesto que ellos tienen la capacidad de anunciar, informar y comunicarse con la población.



No existen grandes campañas de prevención, indicando los diferentes factores de riesgo o informando de los recursos a donde acudir, al igual que no existen marcas interesadas en financiar proyectos de responsabilidad social y concienciando a la población.

La OMS (2000) muestra cómo los medios de comunicación juegan un papel fundamental en el ámbito de la prevención.

Por ello, esta organización muestra y aporta algunas recomendaciones necesarias para reportar un suicidio.

Recomendaciones:

- No mostrar fotografías ni notas suicidas.
- No detallar el método utilizado por la persona.
- No utilizar los estereotipos culturales-religiosos.
- Publicar los recursos existentes, como las líneas telefónicas de ayuda o servicios de salud mental.
- Publicar los factores de riesgo.
- Remarcar las diversas alternativas al suicidio.
- Consultar a un o una especialista en la materia para informar.
- Publicar la noticia de una autolisis de una forma objetiva.
- No detallar el suceso, informar de una manera sobria.
- El suceso no debe ser anunciado como parte de un titular o avance informativo.
- No incluir información personal.
- No comunicarlo como un hecho exitoso.
- No realizar una entrevista a los o las sobrevivientes del suicidio de una manera sensacionalista. El dolor debe respetarse.
- No alabar el suicidio.
- No se debe mostrar la noticia ni en primera página ni en la última. La noticia debe aparecer en las páginas centrales.
- No utilizar sinónimos del suicidio como sinónimo de éxito, salida, solución...
- No ofrecer el suicidio como respuesta para solucionar los problemas o dificultades de la vida.



Para informar de estos tipos de acontecimientos es necesario y fundamental tener una mayor sensibilidad social, no solo para informar sino para prevenir.

Se debe dotar a los diferentes medios de comunicación de conocimientos y herramientas para una correcta notificación de estos sucesos.

El hecho de no comentar, publicar ni informar de los suicidios que se producen en nuestro día a día en los medios de comunicación, silencia los prejuicios existentes lo cual provoca aún más suicidios.

10. ROL DEL TRABAJO SOCIAL

Desde el Trabajo Social, se trabaja día a día con personas que tienen necesidades y/o carencias, por lo que debemos tener en cuenta que esas dificultades les pueden hacer vulnerables.

Así pues, para poder trabajar con usuarios y usuarias vulnerables como profesionales debemos de tener toda una serie de conocimientos para: aproximarnos a ellos y ellas, conocer su problema, paliarlo o incluso prevenir otros y por encima de todo darles herramientas para generar un cambio en su vida.

Para todo ello, los trabajadores y las trabajadoras sociales debemos tener una serie de herramientas personales como: habilidades sociales, inteligencia emocional, sensibilidad... que permita que el usuario o la usuaria exprese con total libertad sus sentimientos.

Pero por encima de todo tener un código deontológico, que regula la ética de nuestras intervenciones.

En trabajo social hay que estar abierta a toda la tipología de casos que se nos puede presentar, y en este caso tenemos que nombrar la del suicidio o autolisis, que como se ha visto, no sólo afecta a la persona que sufre el deseo de “desaparecer” sino que hay que tener en cuenta el dolor del entorno, el saber buscar la forma para que entre todos y todas se pueda dar un giro a la situación que provoca esta desesperanza. Este tipo de intervención, cada vez más se trata desde el equipo multidisciplinar, pero es bueno que el trabajador o trabajadora social se prepare en mayor profundidad cuando se encuentre con un caso de este tipo. Conseguir que entre todo el equipo profesional logre hacer un planteamiento global de la intervención a nivel personal, familiar, de amigos/as etc. Es importante por el número de factores que pueden intervenir.



Colom (1998) insta a los y las diferentes profesionales a reflexionar sobre la ética que hoy en día existe en las diversas instituciones, organizaciones, al igual que la ética de las personas que la integran.

Enfatiza la necesidad de que exista una “alta sensibilidad” e “inteligencia intrapersonal” en los y las profesionales. Esto influye de una manera directa en la relación profesional-usuario/a.

Este autor, define la ética como el elemento primario, fundamental, accesible y necesario para todo individuo.

Ante el fenómeno del suicidio nuestras principales acciones deben de ser: la prevención, y en el caso de no conseguirlo, la intervención post suicidio, es decir, la intervención en los procesos de duelos de aquellos familiares, amigos/amigas y conocidos/conocidas, como recoge Sarasola et al. (2019).

La prevención no debe acotarse en los aspectos individuales del usuario o usuaria sino incluir también los factores comunitarios y sociales, tal y como se ha visto en el epígrafe de prevención. También es importante recalcar que el trabajador o trabajadora social debería estar en los equipos de diseño de programas de prevención de las diferentes comunidades autónomas, y saberlos adaptar a los distintos momentos sociales que se viven en las comunidades, o incluso en todo el Estado, como ha sido este año con la pandemia.

Una de las cosas que se debe de tener presente es que el duelo posee varias dimensiones: cognitiva, conductual, social, espiritual, emocional y física. En conjunto tiene que adaptarse a la nueva situación que están viviendo, en la que su familiar fallecido no está. Todo esto ayudará a realizar una intervención con éxito.

La figura del trabajador o trabajadora social es necesaria, puesto que posee los conocimientos para determinar y controlar los diferentes ámbitos que posee la persona que está en duelo.

Castillo (2017) enumera algunas de las pautas que pueden servir para la evaluación que debe de realizarse en el proceso de duelo:

- Estudio del modelo de afrontamiento que posee la persona.
- Llevar a cabo una entrevista individual y familiar.
- Realización de los diferentes cuestionarios que existen actualmente sobre el riesgo en el proceso de duelo.



Por todo ello, la función de coordinación entre los equipos multidisciplinares, mejora y facilita las acciones a llevar en este ámbito, pudiendo reducir en gran medida las numerosas muertes que se producen día a día en todos los países del mundo.

Es fundamental que los diferentes profesionales que intervengan conozcan y perciban los diversos factores de riesgo que pueden afectar tanto a niños/niñas, adolescentes, adultos como los y las mayores.

La meta es conseguir que se cree un Plan de Prevención contra el Suicidio en la comunidad autónoma y que se pueda trasladar y acoplar a los requerimientos del municipio donde los Servicios Sociales correspondientes tienen que ser los que respalden la puesta en marcha.

Una posible intervención sería la creación de grupos de autoayuda de personas que han superado las situaciones de suicidio, tanto personas suicidas en tentativa como personas que han superado la muerte de un familiar, amigo o amiga, un conocido o una conocida. Esto podría dar a entender que existe una normalización en tratar temas de autolisis con toda normalidad, para evitar que se reproduzcan y dar paso a otras salidas, haciendo que la propia sociedad sea responsable de la asunción de problemas de los miembros que la componen. La concienciación de la urgencia social del suicidio es propia de nuestra disciplina, de hecho, hay que hacer referencia que ya existen asociaciones de este tipo como DSAS (Deprés del Suïcidi. Associació de Supervivents)

Un desafío que en pleno siglo XXI sigue teniendo la profesión es conseguir y alcanzar una correcta investigación e intervención de esta problemática para poder conocer mejor los procesos previos a la situación de desear acabar con la vida, así como ver cómo evitar consecuencias para las familias y amigos/as que lo han sufrido de manera cercana. El suicidio a día de hoy sigue siendo un problema sin resolver en la salud pública y en la sociedad, por lo tanto es necesario buscar, encontrar y diseñar una solución eficaz para esta situación, sabiendo que es un tema muy complejo y procurando que haya una buena comunicación y puesta en común con los compañeros y las compañeras del trabajo social de salud, de salud mental e incluso de justicia, por supuesto partiendo de la base que la atención primaria se daría en Comunitarios (podría ser en otro servicio) pero en cualquier caso todos y todas deberíamos trabajar en común.

En los últimos años, tal y como ha recogido Morales (2019), ha existido un aumento de las muertes por suicidio. Este aumento alarmante apenas ha tenido eco a nivel estatal, por lo que no se pone énfasis en las medidas preventivas del suicidio y si se fomenta el tabú existente en nuestra sociedad.

Esta pandemia del COVID-19 ha sido un detonante más, facilitando y aumentando los factores de riesgo de quitarse la vida, como han demostrado Hernández (2020) y Vizcaíno y Montero (2021). Con el aumento de muertes por suicidio que se ha producido en estos meses de pandemia, se ha puesto de relieve que las situaciones globales de emergencia han reflejado en algunas ocasiones un mayor número de personas con pensamientos de suicidio y en general con situaciones de riesgo mental frente a la autolisis, aunque si se tiene que hacer referencia a las estadísticas, no puede dejar de hablarse, y más desde el rol de trabajador y trabajadora social, de que por cada suicidio consumado hay entre seis o siete personas del entorno que resultan afectadas y un 40% de hombres con idea de suicidio cometen tentativa de suicidio, en cambio son un 60% de mujeres las que cometen tentativa, o sea que en este caso tendríamos que darnos cuenta que la mujer está más afectada pero puede llegar a contenerse más que el hombre (Oriol Val, 2020).

Cabe destacar que desde el Trabajo Social se plantea la importancia de identificar los factores de riesgo, para poder anticiparse y así poder contribuir a la disminución de las conductas suicidas.

Informar por parte de la familia o del entorno general de las percepciones de estos factores en las personas cercanas para que el trabajador y trabajadora social tome conciencia de un posible problema, es realizar una adecuada prevención. Una prevención transversal y multidisciplinar donde se encuentren todos los ámbitos: sanitario, educativo, social, familiar, comunitario y de la comunicación.

El Trabajo Social y su código deontológico recoge el prestigio de esta profesión y la atención tanto a la ciudadanía como a las diferentes instituciones. También promueve el potenciar el aumento de conocimientos técnicos y científicos, muy necesario en un caso donde la presión social que pueden producir las TIC puede ser un detonante a tener muy en cuenta para el presente y futuro.

Por lo tanto, desde el aspecto social, los trabajadores y las trabajadoras sociales han de tener más presencia en las intervenciones referidas al suicidio pues tienen una preparación



técnica suficiente así como herramientas y habilidades aprendidas a lo largo de la formación, que sin duda debe de continuar a lo largo del ejercicio de la profesión.

11. CONCLUSIONES

En primer lugar, quiero mencionar la responsabilidad que ha supuesto para mi tratar el tema del suicidio en el TFG queriendo por un lado cuidar mucho esta cuestión desde la realidad existente y a la vez queriendo mostrar delicadeza y claridad en su realización.

El desconocimiento casi total de todo lo referente a las conductas suicidas y al suicidio con el que empecé el TFG, han conseguido que muchos aspectos que he tratado hayan provocado en mí: sorpresa, tristeza e incluso indignación por la poca implicación que, en general, tienen los poderes públicos ante este problema que afecta a una parte importante de nuestra sociedad.

Las cifras de personas, que muestran actitudes suicidas y que llegan a quitarse la vida son muy altas y sin embargo existen pocos recursos disponibles para lograr que empiecen a disminuir.

En un tiempo pasado, pero aún reciente recuerdo lo que se hizo con las cifras de personas muertas por accidentes de tráfico. Se realizaron numerosas campañas en los medios de comunicación a lo largo de muchos años e intervenciones en numerosos ámbitos, que han logrado que las cifras de muertes disminuyan de forma considerable.

¿Por qué no implicarse de igual manera con el problema del suicidio?

Las últimas cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2018 indican que en ese año se suicidaron en nuestro país 3539 personas. Son datos sin duda escalofriantes.

La persona que se suicida no lo hace por ser un cobarde, ni un valiente, ni por ser egoísta ni llamar la atención. Quizás porque sufría y no encontró la ayuda adecuada porque en nuestra sociedad se silencia y se señala la autolisis.

He podido comprobar después de todo el material que he consultado y estudiado para poder trabajar en la poca repercusión que tiene el suicidio en los medios de comunicación, con lo cual la difusión de la información de los factores de riesgo y los recursos que existen no llegan a la población en general.

Es evidente que lo que apenas se nombra, no existe, no se puede hacer nada para evitar aquello que podría evitarse.



Sin embargo, es cierto que, desde hace un tiempo, parece que se están alzando más voces que reivindican de forma muy clara y concisa otro tratamiento en los medios de comunicación de este tema y se está pidiendo igualmente la necesidad urgente de elaborar un Plan Nacional de Prevención contra el Suicidio.

Esto permitiría contar con una base que lleve a tomar decisiones concretas y potenciar la formación de los y las distintas profesionales que intervienen en el proceso, la difusión de campañas de sensibilización social que permitan visibilizar el problema para que pueda dejar de ser un tema tabú y que se promoció una educación emocional desde los primeros años de la educación infantil.

Por último quiero mencionar que se debería aumentar la presencia de los profesionales y las profesionales del Trabajo Social en los diferentes ámbitos que conforman las intervenciones multidisciplinares que se llevan a cabo en todo lo relacionado con la autolisis, tanto en lo referido a la prevención, como en el diagnóstico, tratamiento y al proceso de duelo.

12. BIBLIOGRAFÍA

- Berardi, F. (2016). *Héroes: asesinato masivo y suicidio*. Ediciones Akal.
<https://elibro.net/es/ereader/ujaen/85147>
- Castillo, A. (2017). El Trabajo Social en tanatorios: ¿expectativa o realidad? *Revista de Servicios Sociales y Política Social. Revista de Servicios Sociales y Política Social*, XXXIV(114), 19-33. Recuperado de: <http://www.serviciosocialesypoliticassociales.com/el-trabajo-social-en-tanatorios-expectativa-o-realidad>
- Ceballos, G.A. y Suarez, Y.P. (2013). *El suicidio*. Editorial Magdalena. <https://elibro--net.ujaen.debiblio.com/es/ereader/ujaen/70086>
- Chávez, A. M; Pérez, R; Macías, L y Páramo, D. (2004). Ideación e intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. *Revista Acta Universitaria*, 14(3), 12-20. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/416/41614302.pdf>
- Coelho, P. (1998). *Veronika decide morir*. Editorial Planeta.
- Colom, D. (1998). De la ética en casa, pasando por la oficina. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, (41), 43-58.



- Durkheim, E. (1887). *El Suicidio*. Ediciones Akal.
- Durkheim, E. (1888). Suicidio y natalidad: Estudio de la estadística moral. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (81), 171-192. Recuperado de: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OrpIPwZNxTYJ:https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo%3Fcodigo%3D759693+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- Gradillas, V. y Gradillas, C. (2018). *Suicidiología clínica: Evaluación y tratamiento de las tendencias autodestructivas en la práctica profesional*. UMA editorial. <https://elibro.net/es/ereader/ujaen/60730>
- Halbwachs, M. (1930). *Les causes du suicide*. Editorial Presses Universitaires de France. http://classiques.uqac.ca/classiques/Halbwachs_maurice/causes_du_suicide/halbwachs_suicide_1.pdf
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578
- Herrera, P.M., y Avilés, K. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), 134-137. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000200005&script=sci_abstract
- INE. (2009). *Defunciones según causa de Muerte 2009, Suicidios por edad y sexo*. Recuperado el 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2009/10/&file=05001.px#!tabs-tabla>
Defunciones según la causa de muerte 2009, Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. Recuperado de 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2009/10/&file=06001.px#!tabs-tabla>
- INE. (2010). *Defunciones según causa de Muerte 2010, Suicidios por edad y sexo*. Recuperado el 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2010/10/&file=05001.px#!tabs-tabla>



Defunciones según la causa de muerte 2010, Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. Recuperado de 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2010/10/&file=06001.px#!tabs-tabla>

INE. (2011). *Defunciones según causa de Muerte 2011, Suicidios por edad y sexo.* Recuperado el 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2011/10/&file=05001.px#!tabs-tabla>

Defunciones según la causa de muerte 2011, Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. Recuperado de 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2011/10/&file=06001.px#!tabs-tabla>

INE. (2012). *Defunciones según causa de Muerte 2012, Suicidios por edad y sexo.* Recuperado el 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2012/10/&file=05001.px#!tabs-tabla>

Defunciones según la causa de muerte 2012, Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. Recuperado de 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2012/10/&file=06001.px#!tabs-tabla>

INE. (2013). *Defunciones según causa de Muerte 2013, Suicidios por edad y sexo.* Recuperado el 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2013/10/&file=05001.px>

Defunciones según causa de Muerte 2013. Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de defunción, sexo y medio empleado. Recuperado el 12 de febrero del 2021 de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2013/10/&file=06005.px#!tabs-tabla>

Defunciones según la causa de muerte 2013, Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. Recuperado de 12 de febrero del 2021, de:



<https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2013/10/&file=06001.px#!tabs-tabla>

INE. (2014). *Defunciones según causa de Muerte 2014, Suicidios por edad y sexo*. Recuperado el 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2014/10/&file=05001.px#!tabs-tabla>

Defunciones según causa de Muerte 2014, Suicidios por medio empleado, sexo y edad. Recuperado el 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2014/10/&file=05007.px#!tabs-grafico>

Defunciones según la causa de muerte 2014, Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. Recuperado de 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2014/10/&file=06001.px#!tabs-tabla>

INE. (2015). *Defunciones según causa de Muerte 2015, Suicidios por edad y sexo*. Recuperado el 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2015/10/&file=05001.px#!tabs-tabla>

Defunciones según la causa de muerte 2015, Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. Recuperado de 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2015/10/&file=06001.px#!tabs-tabla>

INE. (2016). *Defunciones según causa de Muerte 2016, Suicidios por edad y sexo*. Recuperado el 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/10/&file=05001.px#!tabs-tabla>

Defunciones según la causa de muerte 2016, Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad. Recuperado de 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/10/&file=06001.px#!tabs-tabla>

- INE. (2017). *Defunciones según causa de Muerte 2017, Suicidios por edad y sexo*. Recuperado el 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2017/10/&file=05001.px#!tabs-tabla>
- Defunciones según la causa de muerte 2017, Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad*. Recuperado de 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2017/10/&file=06001.px#!tabs-tabla>
- INE. (2018). *Defunciones según causa de Muerte 2018, Suicidios por edad y sexo*. Recuperado el 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/10/&file=05001.px#!tabs-tabla>
- Defunciones según la causa de muerte 2018, Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia, sexo y edad*. Recuperado de 12 de febrero del 2021, de: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2018/10/&file=06001.px#!tabs-tabla>
- Jagodic, H.K; Agius, M y Pregelj, P. (2012). Inter-regional variations in suicide rates. *Psychiatria Danubina*, 24(1), 82-85. Recuperado de: http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol24%20Suppl%201_no/dnb_vol24%20Suppl%201_no_S82.pdf
- Julbe, B. (12 de enero del 2021). Suicidio: ¿Cuáles son las señales de alarma? *La Vanguardia*. Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/vivo/psicologia/20210110/49164933551/suicidio-cuales-son-senales-alarma.html>
- Junta de Andalucía (2010). *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*. Área de Dirección de Organizaciones Sanitaria. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinc_files/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/guia_prevenconsuicidio.pdf
- Ibarra, A.M y Morfin, T. (2015). *Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar*. El Manual Moderno. <https://elibro.net/es/ereader/ujaen/39725>



- Ibarra, A.M y Morfin, T. (2017). *Investigación transdisciplinar del fenómeno suicida*. El Manual Moderno. <https://elibro--net.ujaen.debiblio.com/es/ereader/ujaen/39755>
- Losada, J. (2016). *Mitos de Hoy. Ensayos de mitocrítica cultural, estudios reunidos y presentados por José Manuel Losada*. Berlín: Logos Verlag.
- Martín, J (9 de septiembre del 2020). Con 10 suicidios al día, a lo mejor los políticos necesitan que nos desnudemos con una horca ante el Congreso. *El Mundo*. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/espana/2020/09/09/5f58f15d21efa02e618b45d3.html>
- Melguizo, J. (7 de abril del 2021). VIH, sexo y suicidio: la evolución de la sociedad a través de sus tabúes. *El Confidencial*. Recuperado de: https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2021-04-07/habla-mas-sexo-salud-mental-suicidio-vivir-tabues_3013927/
- Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Recuperado de: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
- Morales, C. (5 de septiembre del 2019). Aumento un 150% las llamadas para pedir ayuda por ideas suicidas. *El Mundo*. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/baleares/2019/09/05/5d70b0e8fdddfdd4e8b45ca.html>
- Moya, S. (17 de noviembre del 2019). Sobrevivir al dolor del suicidio. *El Mundo*. Recuperado de: <https://www.elmundo.es/baleares/2019/11/17/5dd11c6efdddf17498b465f.html>
- OMS. (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- OMS. (2001). *Prevención del suicidio un instrumento Prevención del suicidio un instrumento para profesionales de los medios de comunicación*. Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud., Ginebra. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf



- OMS. (2010). Guía de Intervención mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra. Suiza. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44498/9789243548067_spa.pdf;jsessionid=2CB87CE16A746BBD81C436C662184C73?sequence=1
- OMS. (2012). *Salud Mental: Prevención del Suicidio (SUPRE)*. OMS. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- OMS. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. OMS. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;sequence=1
- Oriol Val, C. (08 de noviembre del 2020). Los expertos alertan: las tentativas de suicidio se disparan con la pandemia. *La Vanguardia*. Recuperado de: <https://www.lavanguardia.com/vivo/psicologia/20201108/49260473202/pandemia-aumento-suicidios.html>
- Pérez, S.A; Guerra, J y Haranburu, M (2014). *Prevención del suicidio : consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias*. Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco. <https://libroselectronicos.ujaen.es/Record/Xebook1-4396>
- Redacción de Andalucía Información (3 de septiembre del 2019). Un protocolo para prevenir las conductas suicidas. *Andalucía Información*. Recuperado de: <https://andaluciainformacion.es/andalucia/845468/un-protocolo-para-prevenir-las-conductas-suicidas/>
- Roscoät, E y Beck, E. (2013). Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61, 363-374. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762013002885>
- Rubio, I. (22 de septiembre del 2019). El Hospital 12 de Octubre prueba una app para prevenir el suicidio en pacientes psicóticos. *El País*. Recuperado de: https://elpais.com/tecnologia/2019/09/25/actualidad/1569422310_097966.html
- Ruiz, I. y Olry, A. (2006). El suicidio en la España de hoy. *Gaceta Sanitaria*, 20 (1), 25-31. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106715631>
- Sarasola, J.L., Roiz, A. y Sarasola, A (2019). Trabajo social y suicidio. *Firma Quattro: Trabajo social*. 9(1), 9-17. Recuperado de: <https://trabajosocialevilla.es/wp->



[content/uploads/2019/07/Transformaci%C3%B3n-N1.-](#)

[Art%C3%ADculoPrincipal.pdf](#)

Schaefer, R. T. (2006). *Sociología: una breve introducción*. McGraw Hill Education. New York.

Recuperado

de:

https://www.academia.edu/24955516/Sociologia_Schaefer_12th_1

Tarde, G (2012). Contra Durkheim a propósito de su suicidio. En R. Sindicaró (Ed). *El suicidio de sociología y otros textos complementarios*, (pp 449-479). Miño y Dávila.

Valdivia, A. (2014). *Suicidología: prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas S.A.C. Recuperado de: <https://elibro--net.ujaen.debiblio.com/es/ereader/ujaen/41326>

Vizcaíno, M.C. y Montero, Y. (2021). *Algunas consideraciones sobre las afectaciones de la salud mental relacionadas con la COVID-19*. Recuperado de: <https://aniversariocimeq2021.sld.cu/index.php/ac2021/Cimeq2021/paper/viewFile/162/119>

Wasserman, D. y Wasserman, C. (2009). *Oxford Textbook of Suicidology a Suicide Prevention*. Oxford University Press. Oxford.