Diaconía ESPAÑA | PROYECTO ZOÉ

GUÍA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

EN GRUPOS SOCIALMENTE VULNERABLES

FINANCIADO POR

COORDINACIÓN:

ESTEBAN BUCH SÁNCHEZ

AUTORES PRINCIPALES:

CRISTINA YEBRA GÓMEZ
ESTEBAN BUCH SÁNCHEZ
VILMA HIDALGO LÓPEZ-CHÁVEZ

EQUIPO TÉCNICO DE APOYO:

JUANA ROMERO MESA
AITOR LÓPEZ SÁNCHEZ
STEFANIA IANNICE
ANTONIO YEPES ARRIETA

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

SHATIVE DIGITAL AGENCY
WWW.SHATIVE.COM

PROYECTO DE:

DIACONÍA ESPAÑA, 2023

FINANCIADO POR:

MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030

INTRODUCCIÓN

Lo que siempre ha sido considerado como un hecho aislado, con raíces profundas en una decisión enteramente personal[1], se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. Un fenómeno multicausal, sumamente complejo, que desafía cualquier simplificación o enfoque reduccionista y que requiere de un abordaje multidisciplinar para atender adecuadamente su impacto y consecuencias.

Si tomamos en cuenta las **estadísticas mundiales**, identificamos que **cada año se suicidan 703.000 personas, siendo la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años.** Su prevalencia en la sociedad es tal, que la mortalidad por suicidio supera a la mortalidad total causada por guerras y homicidios (OMS, 2021). Con estos datos, **se pone en evidencia las raíces sistémicas del suicidio**, **la gravedad de su prevalencia y su relación con factores sociales más amplios.**

España, no se encuentra ajena a este panorama. Desde el 2008, el suicidio ha sido un problema en crecimiento, pasando a ser la primera causa de muerte por razones externas. Datos ofrecidos por el Observatorio del Suicidio en **España** constatan que en el 2021 la mortalidad por suicidio multiplicó en 2,5 a la provocada por accidentes de tráfico (1.599), por 14 a las causadas por homicidios (283) y por 93 a las producidas por violencia de género (43). **En el 2022, el número de fallecimientos por suicidio ascendió a 4.097, un 2,3 % más que en el 2021.**

A pesar de que en los últimos años a nivel social existe una mayor toma de conciencia de la magnitud de esta problemática, **el suicidio sigue siendo una realidad invisibilizada**, que, además, **se acompaña de sentimientos de culpa, vergüenza y de un profundo dolor** de las personas sobrevivientes y supervivientes. **La estigmatización histórica del suicidio**, que ha sido, por muchos años un tema tabú, **alimenta el silencio de las personas, así como los mitos y prejuicios limitantes** de la identificación temprana y adecuada gestión.

Ante esta realidad, **en nuestro país se desarrollan diversas acciones** (públicas y privadas), campañas, dispositivos e iniciativas **que se orientan a la prevención del suicidio, pero que continúan siendo escasas** ante la magnitud del problema. Desde el ámbito universitario, pasando por el sector privado y por el Tercer Sector, celebramos el esfuerzo que realizan y la puesta en valor de la importancia de la prevención, intervención y postvención de un problema de altísima sensibilidad humana. En **Diaconía España, como entidad social comprometida** con la reivindicación de los derechos de las personas en

[1] Porque de algún modo había que justificar la omisión del abordaje de esta problemática, que por demás, ha sido históricamente castigda y estigmatizada.

situación de vulnerabilidad, **nos sumamos a esta labor, con el propósito de fortalecer los recursos existentes**, focalizando nuestras acciones sobre las personas y colectivos que enfrentan la impronta de las desigualdades, pobreza, discriminación y exclusión social, con mayor intensidad.

Desde la experiencia de Diaconía España **hemos encontrado que la exposición a condiciones vulnerabilizantes** asociadas a la exclusión social, violencias, pérdida de empleo, de la vivienda, pobreza, vivencias discriminatorias **relacionadas con la condición de migrante, de género**, entre otras, **generan un menoscabo sobre la salud mental** e influyen en la acumulación de factores de **riesgo de suicidio**. La vulnerabilidad que enfrentan estos grupos, en relación a las barreras de acceso a determinadas condiciones de bienestar, así como al estigma propio que acompaña a la problemática del suicidio, **les convierte en personas doblemente invisibilizadas** y es justo donde, como entidad, focalizamos nuestras acciones de prevención.

Así nace el **proyecto ZOÉ, que en griego significa vida**; una iniciativa que integra **acciones de prevención enfocada y dirigida a grupos vulnerables** y de **sensibilización a la comunidad** en general a través de cuatro ejes de acción:

- **Sensibilización:** Concienciar de la realidad del suicidio y de la necesidad de la responsabilización social que se requiere para la prevención de éste en nuestro país.
- **Información y capacitación:** Ofrecer orientación general público general y asesoramiento específico
- **Incidencia política:** Identificar los vacíos a nivel institucional en la prevención y postvención del suicidio, así como elaborar y situar en la agenda pública propuestas de implicación del sector público para su abordaje.
- **Investigación:** Conocer el impacto que la vulnerabilidad social tiene sobre el suicidio, con el fin de profundizar en los factores de riesgo específicos, así como de protección y perfeccionar la atención especializada de las personas socialmente vulnerables.

La experiencia recabada en los últimos años en materia de prevención del suicidio en grupos vulnerables se materializa y sistematiza en la presente guía. Su objetivo es **facilitar recursos y herramientas operativas a profesionales** del Tercer Sector y de otros sectores y ámbitos **para la detección y prevención de la experiencia suicida de personas y colectivos vulnerables.** De este modo, pretendemos **contribuir al posicionamiento del tema como un asunto prioritario en la agenda social y sanitaria.**

Nuestro enfoque propone **sensibilizar e informar a profesionales que trabajen directamente con estos colectivos**, enfatizando en la importancia de una **intervención temprana y efectiva en los grupos que atiende Diaconía España** como entidad experta, concretamente: personas solicitantes de asilo y protección internacional; colectivos migrantes; mujeres que han enfrentado situaciones de violencia; mujeres víctimas de trata; personas en condición de pobreza y riesgo de exclusión social.

En las páginas siguientes, las personas interesadas **podrán encontrar** el siguiente contenido: (1) una breve panorámica sobre la tendencia epidemiológica del **suicidio en España**; (2) información para la deconstrucción de **mitos en torno al suicidio** que son un obstáculo para su prevención; (3) orientación sobre los **factores de riesgo y de protección** transversales a todas las condiciones de vulnerabilidad, incluyendo factores de riesgo/acumulativos específicos de cada grupo. Por último, se recogen **diferentes estrategias de prevención.**

Es nuestro deseo que **esta guía pueda ser de utilidad** para todas las personas que dedican su vida profesional a la **atención de personas y grupos en situación de vulnerabilidad.** Con ello, apostamos por la **prevención efectiva del suicidio a través de la responsabilidad compartida** entre todos los sectores que intervienen en el desarrollo social. Para ellos, **proponemos un enfoque ético de prevención**, sensible a la diversidad, respetuoso hacia la dignidad de las personas, que **apueste por el bienestar individual y comunitario** como prioridad del trabajo social.

ESPAÑA PROYECTO ZOÉ

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN PAG. 3

1. EL SUICIDIO COMO PROCESO MULTICASUAL Y MULTIFACTORIAL PAG. 8

1.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL SUICIDIO EN ESPAÑA PAG. 10

1.2 PAUTAS PARA COMPRENDER EL SUICIDIO PAG. 13

1.3 MARCO LEGAL DEL SUICIDIO EN ESPAÑA PAG. 15

2. MITOS Y REALIDADES SOBRE EL SUICIDIO PAG. 16

3. FACTORES DE RIESGO PAG. 24

3.1 FACTORES DE RIESGO GENERALES PAG. 27

4. FACTORES DE PROTECCIÓN PAG. 28

4.1 FACTORES DE PROTECCIÓN GENERALES PAG. 31

5. ABORDAJE DEL SUICIDIO EN GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL PAG. 34

5.1 IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA EN LA POBLACIÓN REFUGIADA Y SOLICITANTE DE ASILO PAG. 37

5.2 IDEACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA EN MUJERES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD: PERSPECTIVA DE GÉNERO Y SUICIDIO PAG. 45

5.3 RIESGO DE SUICIDIO Y GRUPOS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL PAG. 54

6. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO PAG. 64

ANEXO PAG. 76

GLOSARIO PAG. 79

BIBLIOGRAFÍA PAG. 84

CAPÍTULO

1

1.1 Panorama epidemiológico del suicidio en España

1.2 Pautas para comprender el suicidio

1.3 Marco Legal del suicidio en España

EL SUICIDIO

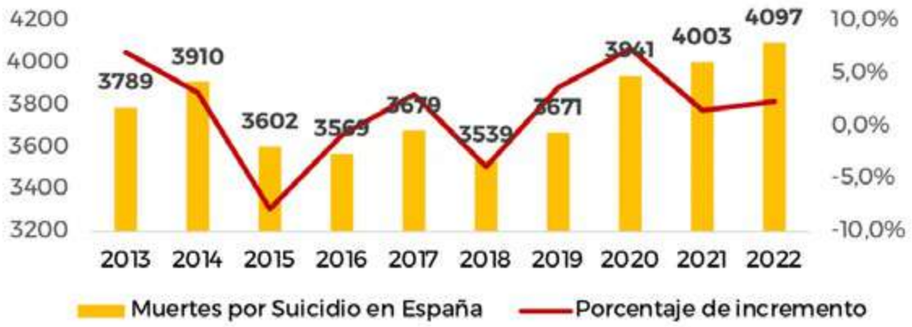
COMO PROCESO MULTICASUAL Y MULTIFACTORIAL

1. EL SUICIDIO COMO PROCESO MULTICASUAL Y MULTIFACTORIAL

1.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL SUICIDIO EN ESPAÑA

Los registros estadísticos sobre suicidio en nuestro país evidencian la magnitud y crecimiento sostenido que ha experimentado. Según el Observatorio del Suicidio en España (2022), la prevalencia de esta problemática **en los últimos cuatro años ha registrado máximos históricos**. Como se observa en la gráfica, a partir del 2019, notamos una curva con tendencia al incremento, siendo el **2020 el punto álgido con un aumento de 7,4% de personas fallecidas por suicidio, respecto al año anterior.**

GRÁFICA 1. EVOLUCIÓN DEL SUICIDIO EN ESPAÑA (2013-2022)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN DATOS DEL INE.

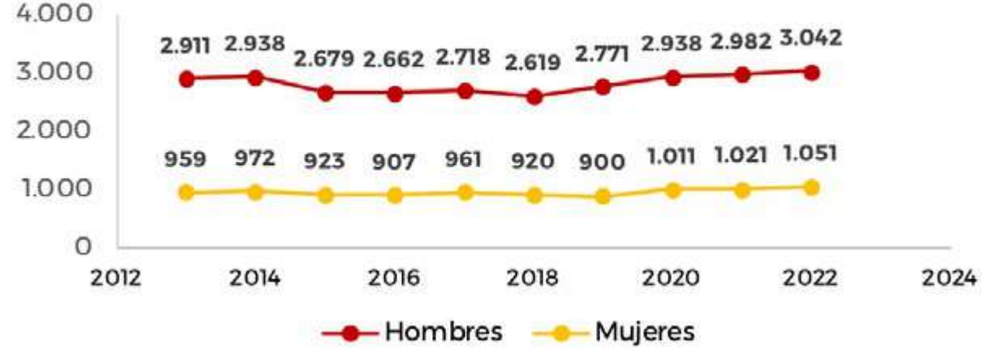
Es notable la coincidencia de este comportamiento con el período de crisis sociosanitaria por el impacto del COVID-19. La pandemia estuvo acompañada por una serie de desafíos añadidos de naturaleza socioeconómica y psicológica que pueden atribuirse al aumento de las tasas de suicidio. **El aislamiento social, aumento del desempleo, la incertidumbre económica y ansiedad por el estado de salud** constituyeron experiencias comunes que **afectaron profundamente la salud mental de las personas.** Sin embargo, tal y como se observa en el gráfico, en los últimos tres años los valores registrados no han disminuido; por el contrario, **la curva se ha mantenido en crecimiento.**

Sin negar que aún estamos viviendo la impronta y efectos residuales de la crisis sanitaria, los datos anteriormente expuestos resultan una señal de alarma que ha marcado un hito importante en la visibilización del suicidio como una **problemática a atender desde la agenda pública** (Castillo y Carretero, 2003). En una década, el **aumento del suicidio ha sido de un 16%** y en lo que llevamos de siglo la **tasa de incremento de un 20,75%.**

A estos datos, se añaden aquellos que registran **los intentos y la ideación suicida.** La OMS (2014), calcula que **por cada suicidio consumado existen unos 20 intentos**, señalando también que la **ideación** podría afectar a lo largo de la vida de una persona, entre el **5% y el 10% de la población en nuestro país.** Sobre dicha información, se estima que, **en el transcurso de un año, en España** podrían producirse **80 000 intentos de suicidio** y que entre dos y cinco millones de personas poseen ideación suicida a lo largo de su vida.

Por otro lado, si atendemos el comportamiento del suicidio según la distribución por sexo encontramos que **los suicidios consumados son proporcionalmente superiores en los hombres, que en las mujeres.** Del total de muertes por suicidio registrados en el **2022, el 74% (3.042)** fue atribuida a la población **masculina; mientras que el 26% a la femenina (1.051).** Esta tendencia no es casual, si analizamos la tasa histórica de esta problemática y su distribución por sexo encontramos un **patrón que se repite del en tiempo**, tal y como se ilustra en la siguiente gráfica.

GRÁFICA 2. MUERTES POR SUICIDIO, SEGÚN SEXO (2013-2023)



FUENTE. ELABORACIÓN PROPIA SEGÚN LOS DATOS DE OBSERVATORIO DEL SUICIDIO EN ESPAÑA.

Sin embargo, al observar el crecimiento de muertes por suicido desagradada por sexo en el 2022, **los datos reflejan un incremento del 2,01% para los hombres y de 3,33% en las mujeres**, **siendo la tasa más alta de suicidio femenino de la historia en nuestro país.** Este comportamiento puede sugerir un debilitamiento del efecto protector de ser mujer sobre la probabilidad de morir por suicidio, tal

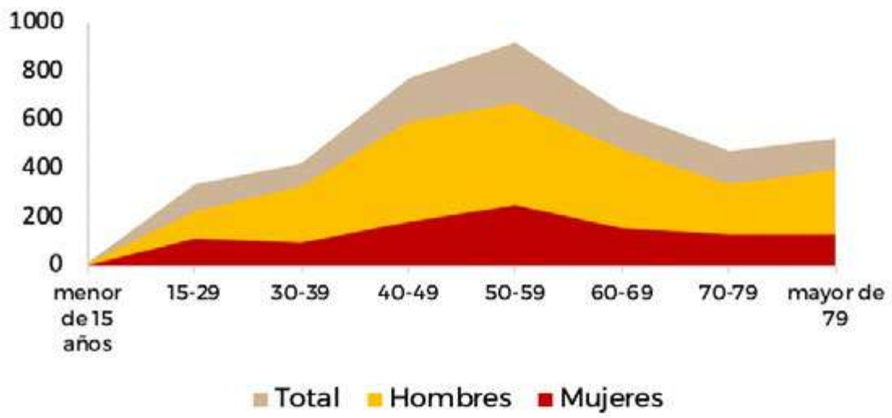
y como expresaron Gesteira, et. al (2019), en su estudio **“Tendencias de suicidio por género, métodos de suicidio y edad en España entre los años 2005 y 2018”.**

Por otro lado, si bien, es una realidad constatada que el mayor porcentaje de suicidios consumados se corresponde con la población masculina, se ha identificado que **el número de intentos las mujeres realizan es superior, aunque con menor grado de letalidad** (Barroso, 2019). Se estima que, **de cada cuatro suicidios, tres son cometidos por hombres y el restante por mujeres.** Por el contrario, **por cada tres mujeres que realizan un intento** autolítico, **solo un hombre lo intenta.**

Un estudio realizado por Carñón y Carmona (2018), identificó que alrededor de un **23% de mujeres de entre 16 y 29 años admite haber pensado alguna vez en suicidarse frente al 14,1% de hombres** en el mismo rango de edad. En la literatura, algunos autores explican estas diferencias como Paradoja de Género en el suicidio, donde las expectativas culturales sobre el género y el comportamiento suicida constituyen un factor determinante del suicidio (Canetto y Sakinofsky, 1998).

Siguiendo esta revisión demográfica, aunque el mayor número de suicidios se encuentra en la franja de edad de 40 a 59 años, se ha registrado un **incremento del 20% en los suicidios perpetrados en personas menores de 15 años y mayores de 80 años.** El rango etario de mayor complejidad se encuentra entre los 15 y 29 años, siendo la principal causa absoluta de muerte, por encima de accidentes de tráfico o tumores (Observatorio del Suicidio en España, 2022).

GRÁFICA 3. NO DE SUICIDIOS POR EDADES Y SEXO EN ESPAÑA (2022)



FUENTE: OBSERVATORIO NACIONAL DEL SUICIDIO, 2023.

Con relación a las **tasas de fallecimiento por suicidio por comunidades autónomas**, las que han recogido mayor incidencia en 2022 fueron **Andalucía con 799 fallecimientos registrados, Cataluña con 604, Comunidad Valenciana con 432, Comunidad de Madrid con 400, Galicia con 308 y Castilla y León con 233.**

Las estadísticas presentadas hablan por sí solas sobre la **necesidad de priorizar desde las diferentes esferas públicas estrategias de prevención del suicidio.** Sin embargo, estas cifras representan tan solo la punta del iceberg de una compleja realidad que escapa a la recogida de los datos. En la literatura sobre el tema, se reconoce que **existe un infrarregistro, o cifra negra en relación con los casos registrados; fenómeno que se debe a tres factores** (Blanco, 2020):

- **Primero, la mera definición de suicidio.** Su definición no permite registrar con claridad los suicidios indirectos o accidentales.
- **En segundo lugar, la intencionalidad.** Este es un factor sumamente determinante pues no hay claridad a la hora de precisar y posteriormente registrar si ha habido o no intencionalidad detrás de, por ejemplo, un accidente de tráfico, una precipitación, un ahogamiento u otros eventos. Esta dificultad en el registro de eventos como el suicidio se debe en gran medida a la estigmatización.
- **Por último, el complejo proceso institucional de la recogida de datos y el tratamiento de la información.** Para esto existe una larga cadena de agentes en el proceso de recolección de datos, incrementándose así la posibilidad de error en el registro y tratamiento.

1.2 PAUTAS PARA COMPRENDER EL SUICIDIO

La Organización Mundial de la Salud define al suicidio como “el acto de quitarse deliberadamente la propia vida” (OMS, 2023). Esta definición, subraya la intencionalidad como un componente clave.

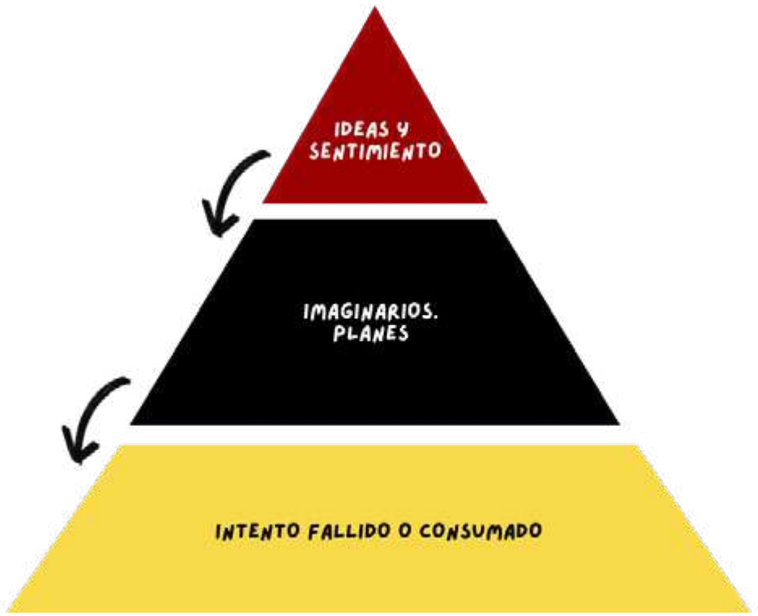
Si bien, en la literatura existe una amplia variedad de definiciones, existe cierto consenso en su representación como una **respuesta ante un sufrimiento o dolor psicológico profundo**, asociado a pérdidas significativas, culpa, soledad existencial, necesidades psicológicas frustradas, o ante la vivencia de circunstancias donde las personas se sienten atrapadas y sin salida. **La emoción común es la desesperanza e indefensión** (Shneidman, 1993; Joiner,2005).

Otras aproximaciones, también devenidas del campo de la psicología y la psiquiatría, considera al **suicidio como la consecuencia del entrelazamiento entre diversos factores, psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales**, que llevan a una persona a tomar la decisión de acabar con su vida. Estas resaltan el **suicidio como un fenómeno multicausal y pluridimensional,** resultante de complejas configuraciones (predisponentes, determinantes y precipitantes):

- **Atribuibles a la persona como ente bio-psico-social.**
- **Atribuibles a factores contextuales y ambientales.**

Además, **examinan el suicidio no como acto sino como proceso con múltiples etapas que puede escalar en intensidad y riesgo.** El suicidio es de naturaleza multifactorial y de carácter polifásico; podemos hablar de pensamiento suicida, planificación del intento y del propio intento, cuyo resultado puede ser o no letal.

GRÁFICA 4. EL SUICIDIO COMO PROCESO



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

1.3 MARCO LEGAL DEL SUICIDIO EN ESPAÑA

El marco legal sobre el suicidio en España se encuentra regulado principalmente en el Código Penal y en la Ley de Salud Mental. Estas normativas establecen disposiciones específicas que abordan el tema del suicidio y la prevención de esta dramática realidad.

En primer lugar, es importante destacar que **en España el suicidio no es un delito.** El Código Penal establece que **el suicidio en sí mismo no es punible, es decir, no se considera un acto criminal** (Código Penal. Artículo 3.23 de noviembre de 1996, España). Lo anterior, refleja un **enfoque compasivo** hacia las personas que se encuentran en situaciones de desesperación y vulnerabilidad. En cambio, **el Código Penal sí contempla el delito de inducción, cooperación o ayuda al suicidio como un delito.** Según el artículo 143.4, aquellos que inciten, cooperen o ayuden de alguna manera al suicidio de otra persona podrían enfrentar penas de prisión (Código Penal. Artículo 143.4 de noviembre de 1996, España). Este artículo busca proteger a las personas vulnerables y evitar que se promueva o facilite el suicidio.

Fuera del ámbito penal, únicamente La Rioja cuenta con una normativa específica en materia de Salud mental que garantiza el derecho de las personas a una atención ajustada en esta materia. Se trata de la Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias, publicada en el Boletín Oficial de la Rioja el pasado 24 de marzo, que ha creado un marco jurídico basado en el respeto en los derechos humanos, así como en la garantía del acceso a la asistencia (Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias. 24 de marzo de 2023. BOR Núm 59). Es importante mencionar que, **en los últimos años, se ha producido un mayor reconocimiento de la importancia de abordar el tema del suicidio de manera integral, con un enfoque multidisciplinario y de respeto hacia los derechos humanos, incluyendo la perspectiva jurídica.** Se ha trabajado en la sensibilización de la sociedad y se han impulsado campañas de concienciación para reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y fomentar la búsqueda de ayuda.

En resumen, **el marco legal sobre el suicidio en España refleja una perspectiva humanitaria, priorizando proteger la vida y la salud mental de las personas.** A pesar de que el suicidio en sí no es un delito, se establecen medidas para prevenir y sancionar la inducción, cooperación o ayuda al suicidio. Además, la **Ley de Salud Mental promueve la prevención, la atención y el tratamiento de las personas en riesgo, así como la formación de profesionales en la materia.**

CAPÍTULO

2

☒ verdadero

☒ falso

MITOS Y REALIDADES

SOBRE EL SUICIDIO

2. MITOS Y REALIDADES SOBRE EL SUICIDIO

Los mitos que giran en torno al suicidio se han convertido en una de las principales causas del estigma que le acompaña y de la proliferación de representaciones que distorsionan su comprensión y obstaculizan su prevención. Las falsas creencias que se han difundido sobre este fenómeno coartan la libertad de las personas que atraviesan una experiencia suicida de hablar acerca de lo que sienten, y es precisamente esa falta de espacios seguros, de drenaje emocional lo que en ocasiones precipita los acontecimientos.

La prevención del suicidio es posible. Sabemos a ciencia cierta qué hablar abiertamente de ello salva vidas.

MITO 1

SON POCAS LAS PERSONAS QUE FALLECEN POR SUICIDIO

Criterio equivocado que **desmerece la importancia de este grave problema** de salud pública.

REALIDAD

EL SUICIDIO SE COBRA AL AÑO MÁS VIDAS QUE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LOS ACCIDENTES DE TRÁFICO A NIVEL NACIONAL, Y MÁS VIDAS QUE LAS GUERRAS, HOMICIDIOS Y CATÁSTROFES A NIVEL MUNDIAL.

CERCA DE 700.000 PERSONAS / AÑO
en el mundo se quitan la vida, tras numerosos intentos de suicidio

CADA 40S
se estima una muerte por cada 40 segundos

1ª CAUSA DE MUERTE
externa en España

CADA CASO DE SUICIDIO ES UNA TRAGEDIA QUE AFECTA GRAVEMENTE NO SÓLO A LOS INDIVIDUOS, SINO TAMBIÉN A LAS FAMILIAS Y LAS COMUNIDADES.

MITO 2

HABLAR DEL SUICIDIO PUEDE PROVOCAR MÁS SUICIDIOS, ASÍ COMO PREGUNTAR POR SUS INTENCIONES PUEDE INCITAR A PASAR A LA ACCIÓN

Criterio equivocado que **infunde temor para abordar la temática** del suicidio con quienes están en riesgo.

REALIDAD

HABLAR DE SUICIDIO NO CONDUCE A LA CONDUCTA SUICIDA, EN CAMBIO FACILITA LA PETICIÓN DE AYUDA. LAS PERSONAS QUE LLEVAN TIEMPO CON IDEACIÓN SUICIDA, Y PUEDEN VERBALIZARLA, DISMINUYEN SUS SENTIMIENTOS DE SOLEDAD Y LA DESESPERANZA.

MITO 3

LA PERSONA QUE DICE QUE LO VA A HACER NO LO HARÁ, LO HACE PARA LLAMAR LA ATENCIÓN O HACER CHANTAJE

Criterio equivocado, ya que **conduce a minimizar las amenazas suicidas**, que pueden considerarse erróneamente como chantajes, manipulaciones, alardes, etc.

REALIDAD

TODO EL QUE SE SUICIDA EXPRESÓ LO QUE OCURRIRÍA CON PALABRAS, AMENAZAS, GESTOS O CAMBIOS DE CONDUCTA. SIEMPRE DEBEMOS TENER EN CUENTA UN MENSAJE ASÍ. LLAMAR LA ATENCIÓN PUEDE SER UNA MANERA DE SALIR DEESA INVISIBILIDAD QUE A MENUDO ATORMENTA A LAS PERSONAS CON IDEACIÓN SUICIDA.

MITO 4

QUIEN DESEA HACERLO NO LO DICE

Criterio equivocado, pues **conduce a no prestar atención a las personas** que manifiestan sus ideas suicidas o **amenazan con suicidarse.**

REALIDAD

9/10 PERSONAS

han mostrado, verbalizado o expresado su ideación suicida de un modo expreso

1/ 10 PERSONAS

Solo el restante dejó señales, muestras o indicios de sus intenciones de suicidio.

MITO 5

LAS PERSONAS QUE VIVEN UNA EXPERIENCIA SUICIDA TIENEN UN TRASTORNO MENTAL

Criterio equivocado que **intenta hacer sinónimo el suicidio y la enfermedad mental.**

REALIDAD

EL SUICIDIO NO ES UNA ENFERMEDAD MENTAL NI ESTÁ CATALOGADO EL FENÓMENO EN NINGÚN MANUAL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS MENTALES (DSM-V O CIE-10).

EL SUICIDIO ES UN FENÓMENO MULTIFACTORIAL CON UNA ALTA COMORBILIDAD ASOCIADA (TMG, ESQUIZOFRENIA, BIPOLARIDAD, TCS, ABUSO SEXUAL, ACOSO, ETC.).

HAY UN CRITERIO DENTRO DEL MUNDO DE LA SALUD MENTAL, QUE ES ERRÓNEO Y ES EL HACER SINÓNIMO DEPRESIÓN Y SUICIDIO. PUEDE EXISTIR UNA CONDUCTA SUICIDA SIN DEPRESIÓN, PERO LA DEPRESIÓN, SIN EMBARGO, SÍ PUEDE CONLLEVAR LA CONDUCTA SUICIDA Y HAY QUE TENERLA MUY EN CONSIDERACIÓN.

EL SUICIDIO NO SE PUEDE PREVENIR PUES OCURRE POR IMPULSO

Criterio equivocado que **limita las acciones preventivas**, ya que si sucede de **esta manera no valoraremos los indicadores de riesgo ni veremos las señales** de riesgo inminente, **lo que imposibilita el pronóstico y, por lo tanto, la prevención.**

REALIDAD

EL ACTO PUEDE SER IMPULSIVO PERO LA IDEACIÓN SUICIDA NO LO ES, ANTES DE INTENTAR SUICIDARSE, TODA PERSONA EVIDENCIA VARIOS SÍNTOMAS (ESCALADA DEL SUICIDIO) QUE SE PUEDE DETECTAR A SU DEBIDO TIEMPO.

9/ 10 PERSONAS
avisan de alguna manera

EXISTEN INDICADORES DE RIESGO Y SEÑALES DE RIESGO INMINENTE, A FIN DE EVITAR QUE ESTA PERSONA LLEVE A CABO SUS PROPÓSITOS.

MITO 8

HAY QUE SER COBARDE/VALIENTE PARA SUICIDARSE

Criterio equivocado que **induce a valorar negativamente** a la persona **o bien equiparar el suicidio con una cualidad positiva** de la persona atribuyendo incluso un carácter digno de imitar como es la valentía. **Ambos casos entorpecen la prevención y alimentan el tabú, miedo y vergüenza** con que tiene que lidiar una persona con experiencia suicida para pedir ayuda, **impidiéndonos ofrecer comprensión y ayuda.**

REALIDAD

LAS PERSONAS QUE SE SUICIDAN NO SON VALIENTES NI COBARDES, AMBOS DOS SON JUICIOS DE VALOR SOBRE UNA EXPERIENCIA PERSONAL DE SUFRIMIENTO. ESA POLARIDAD VALENTÍA/COBARDÍA, ALEJA LA OBJETIVIDAD DE QUE, LAS PERSONAS QUE SE SUICIDAN SON ÚNICAMENTE SUJETOS CON UN ELEVADO NIVEL DE SUFRIMIENTO Y DESESPERANZA.

MITO 9

EL SUICIDIO ES HEREDITARIO

Criterio equivocado que **fomenta una actitud pasiva**, pues **se cree erróneamente que** lo que está determinado por **la herencia es imposible modificarlo.**

REALIDAD

NO ESTÁ DEMOSTRADO QUE EL SUICIDIO SE HEREDE, AUNQUE SE PUEDAN ENCONTRAR VARIOS MIEMBROS DE UNA MISMA FAMILIA QUE HAYAN TERMINADO SUS VIDAS POR SUICIDIO. EN ESTOS CASOS, LO HEREDADO ES LA PREDISPOSICIÓN PARA PADECER DETERMINADA ENFERMEDAD MENTAL EN LA CUAL EL SUICIDIO ES UN SÍNTOMA PRINCIPAL, POR EJEMPLO, LOS TRASTORNOS AFECTIVOS Y LAS ESQUIZOFRENIAS

SER SUPERVIVIENTE DE UN FAMILIAR FALLECIDO POR SUICIDIO, REPRESENTA UN FACTOR DE ALTO RIESGO POR EL SUFRIMIENTO QUE CONLLEVA, SIN OLVIDAR QUE PUEDE PREDISPONER UNA CONDUCTA IMITATIVA.

MITO 10

LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO ES ASUNTO EXCLUSIVAMENTE DE LOS SANITARIOS

Criterio equivocado que **evade la responsabilidad comunitaria** en materia de prevención del suicidio.

REALIDAD

EL FACTOR PROTECTOR POR EXCELENCIA ES EL APOYO SOCIAL, POR LO TANTO, ES NECESARIO QUE TODA LA SOCIEDAD SE IMPLIQUE EN LA PREVENCIÓN. LOS SANITARIOS TIENEN UN PAPEL PRIMORDIAL, PERO ES EL ENTORNO CERCANO QUIEN DE MANERA MÁS CERTERA PUEDE LLEGAR A IDENTIFICAR SEÑALES DE ALARMA, ASÍ COMO DOTAR DEL APOYO QUE UNA PERSONA EN RIESGO NECESITA PARA DAR EL PASO DE PEDIR AYUDA, ASÍ COMO PARA EJERCER DE SOSTÉN DURANTE EL PROCESO DE RECUPERACIÓN.

CAPÍTULO

3

3.1 Factores de riesgo generales

FACTORES DE RIESGO

3. FACTORES DE RIESGO

El suicidio, como mencionábamos anteriormente es un problema multicausal y multifactorial, por lo que existen una serie de situaciones de origen familiar, social o personal que pueden influir aumentando la probabilidad de que una persona viva una experiencia suicida, a los que nombramos **factores de riesgo.**

El nivel de riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes. Además, estos **factores son sumativos y acumulativos**, por lo que cuantos más factores de riesgo coexistan en una misma persona, mayor será la probabilidad de vivenciar dicha experiencia en algún momento de su vida.

Es importante reseñar que, **la presencia de estos factores de riesgo no implica que la persona vaya a suicidarse, sino que tiene un riesgo mayor** de pasar por dicha experiencia, es decir, aquellos que influyen en la suicidabilidad de una persona. **La identificación de los factores de riesgo es clave** a la hora de determinar la vulnerabilidad de una persona frente al suicidio.

3.1 FACTORES DE RIESGO GENERALES EN ESPAÑA

Dentro de los **factores de riesgo que encontramos en la población general,** algunos de los más reseñables son los siguientes (Franklin et al., 2017; Calati, el al., 2015; Nock et al., 2008):

- Intentos de suicidio previos
- Historial familiar de suicidio
- Enfermedad crónica e invalidante. Dolor.
- Aislamiento social y/o falta de apoyo
- Presencia de acontecimiento vitales negativos
- Acceso a medios letales
- Historial de abuso o negligencia infantil
- Barreras de acceso a una atención socio sanitaria de calidad
- Estigma asociado a pedir ayuda
- Edad (adolescencia y edad avanzada).
- Sexo Masculino.
- Estado civil (soltero, divorciado, viudo).
- Tratamiento inadecuado por los medios de comunicación.
- Abuso de alcohol y otras sustancias.
- Problemas de salud mental.

CAPÍTULO

4

4.1 Factores de protección generales

FACTORES DE PROTECCIÓN

4. FACTORES DE PROTECCIÓN

Los factores protectores proveen protección contra la conducta suicida. En consonancia con lo que exponen Gallardo-Zambrano y Baldeon-Loza (2014), **"los factores protectores son todas aquellas circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan el logro de la salud integral de la persona en el medio que lo rodea"** (p.33) Numerosos estudios realizados constatan la existencia de una serie de situaciones que, a nivel interno y externo, disminuyen la probabilidad de aparición de pensamientos, ideas, intentos y/o conductas suicidas.

Encontramos factores de protección personales, familiares y sociales, unos de carácter interno y otros externos, todos ellos protegen a la persona frente a la experiencia suicida. **Cuántos más factores de protección concurran en una misma persona, menor será la probabilidad de vivir una experiencia suicida.** Por tanto, promover y reforzar los factores de protección es una manera de contribuir a la prevención de la conducta suicida. Sin embargo, es importante considerar que **la presencia de factores de protección no excluye por completo la posibilidad** de que una persona pueda experimentar pensamientos o comportamientos suicidas en algún momento de su vida

Los factores de protección suelen clasificarse atendiendo a los factores **propios de una persona (internos) o los relacionados con el entorno (externos).** El fortalecimiento de estos debería ser un objetivo esencial en los planes, estrategias y programas de prevención de la conducta suicida, incluyendo por supuesto el Tercer Sector.

4.1 FACTORES DE PROTECCIÓN GENERALES

Dentro de los **factores de protección internos**, encontramos todos aquellos que **parten de la persona**, aquellas **habilidades o capacidades que facilitan una conducta adaptativa, así como los valores y actitud.**

A continuación, reseñamos los más destacados:

- Autoestima adecuada
- Confianza en uno mismo y en los demás
- Actitudes y valores positivos y optimistas
- Capacidad de reflexión, autocontrol y flexibilidad mental
- Resiliencia
- Consciencia de uno mismo (limitaciones/capacidades)
- Habilidades sociales y comunicativas

En relación con lo anterior, en la literatura se destacan otros recursos personales que pueden constituirse como **factores de protección que favorecen la búsqueda de ayuda y de los apoyos necesarios cuando se requieren**. Entre otras, se destacan **habilidades sociales, comunicativas**, así como la capacidad para **ser asertivos. La religiosidad,** ya sea por ser una persona espiritual o pertenecer a una comunidad religiosa, son espacios donde las personas encuentran **apoyo y sentido de pertenencia**, por lo que pueden proteger frente al suicidio. Sumamos a todo esto, la **ausencia de enfermedades mentales y la buena salud en genera**l como factores protectores.

Dentro de los **factores de protección externos**, encontramos todos aquellos **relacionados con el entorno familiar, social y contextual.** Entre ellos, destaca la relación familiar, sobre todo entre madres, padres e hijos/as. En este sentido, Mosquera (2016), encontró, durante un estudio de revisión sistemática que **la comunicación asertiva, la participación de los hijos en las decisiones familiares, la buena relación paterno y materno filiar, las expresiones de afecto, la implementación de normas flexibles, el cuidado marental y parental, los vínculos afectivos estables y la cohesión familiar**, son factores protectores de la conducta suicida.

De gran importancia es también **poseer una red social sólida y de calidad**, integrada por figuras de referencias significativas. De acuerdo con la OMS (2014), el mantenimiento de relaciones estrechas sanas puede aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como un factor protector contra el riesgo de suicidio.

En un estudio realizado por Sarchiapone, et al. (2011), se encontró que **el círculo social más cercano de una persona puede tener gran influencia y ser favorable en épocas de crisis**, ya que son una **fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero** y pueden aminorar la repercusión de factores externos estresantes. Lo anterior es congruente con lo expuesto por Serrano-Ruiz y Olave-Chaves (2017), los cuales lograron identificar que **los individuos con ausencia de redes de apoyo social y que experimentan aislamiento** en su vida son **más vulnerables al suicidio** que los que tienen vínculos sociales fuertes con otras personas.

Los medios de comunicación, en una era absolutamente digital donde la información nos persigue, **tienen una importante influencia en la conducta suicida.** Estos pueden **ejercer el efecto Papageno** (Personaje del cuento "La flauta mágica" de Mozart, quien decide no quitarse la vida tras la enseñanza de diferentes alternativas de superar su situación por parte de unos niños) **mostrando fuentes de ayuda, eliminando los mitos** que dificultan la prevención y evitando hablar de métodos o mensajes sensacionalistas.

Sentirse integrado en la sociedad y participar de manera activa en ella, ya sea a través de un empleo o de un voluntariado **contribuyen al bienestar psicológico de la persona. Los animales de compañía y la responsabilidad de su cuidado** es un importante factor de protección. **Tener hijos o ser cuidador de personas dependientes** protegen también frente al suicidio.

Una vez realizada una aproximación general del fenómeno del suicidio, abordando elementos generales que facilitan su comprensión sería oportuno preguntarnos: **¿La condición de vulnerabilidad es un factor de riesgo a tener en cuenta en la intervención con estas personas para la prevención del suicidio?** Si ya existe una dificultad para el registro y tratamiento de los casos de suicidio en la actualidad, **¿este se agrava más en el caso de las personas vulnerables?** En los siguientes apartados abordaremos estas interrogantes, buscando **comprender con mayor profundidad cómo los determinantes sociales y las condiciones de vulnerabilidad interactúan en el contexto del suicidio**, y cómo desarrollar estrategias de prevención más efectivas, focalizadas en la protección y el bienestar de este colectivo.

CAPÍTULO

5

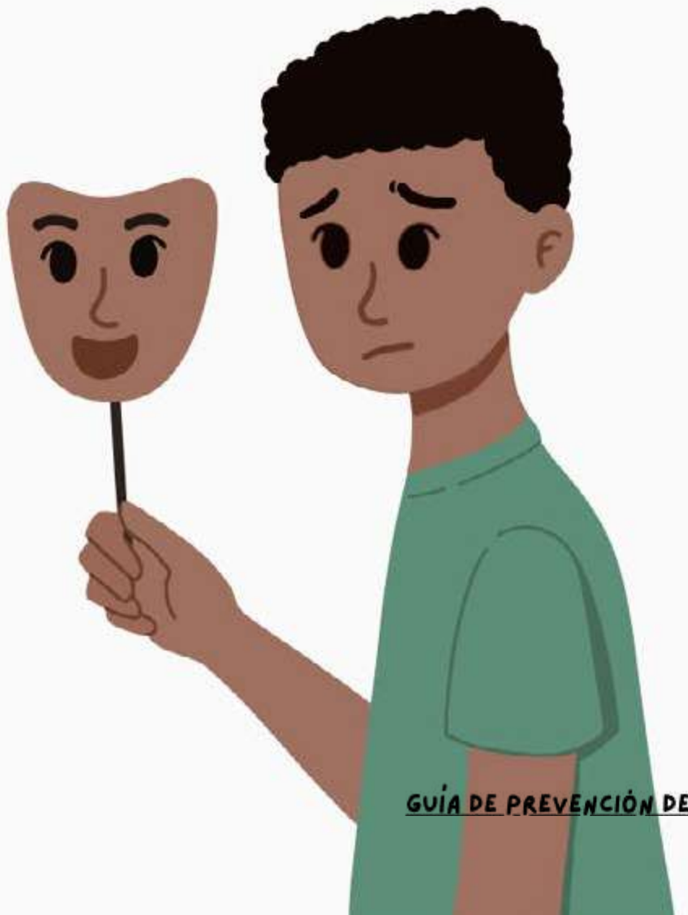
5.1 Ideación y conducta suicida en la población refugiada y solicitante de asilo

5.2 Ideación y conducta suicida en mujeres en situación de vulnerabilidad: perspectiva de género y suicidio

5.3 Riesgo de suicidio y grupos en situación de exclusión social

ABORDAJE DEL SUICIDIO

EN GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL



5. ABORDAJE DEL SUICIDIO EN GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL

La producción del conocimiento sobre la problemática del suicidio en colectivos vulnerables ha sido limitada e insuficiente. Las estadísticas, tampoco permiten una comprensión desagregada por variables más complejas a las demográficas, como son la condición de migrante, el género, la situación administrativa, o las condiciones económicas de vida. Hemos identificado, además, una **tendencia a desarrollar enfoques de prevención del suicidio generalistas**, que no siempre tienen en cuenta la flexibilidad que requiere el reconocimiento de la diversidad cultural y de los determinantes sociales específicos para grupos en situación de vulnerabilidad.

Con ello, no pretendemos establecer relaciones deterministas que asocien al suicidio con la vulnerabilidad social como única causa. Los factores de riesgo generales, explicados en el apartado anterior, pueden afectar a las personas con independencia de las condiciones sociales o económicas de vida. Sin embargo, **la vulnerabilidad social y sus dinámicas asociadas pueden influir de manera significativa en el riesgo de suicidio.**

> LA COMPLEJIDAD DE LOS PROCESOS PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES QUE INTERVIENEN SOBRE EL RIESGO DE SUICIDIO DEMANDA DE RESPUESTAS INTEGRALES QUE TRANSCIENDAN LOS ENFOQUES TRADICIONALES ASISTENCIALISTAS Y LAS SOLUCIONES ESTANDARIZADAS CON PERSPECTIVA DE UNIVERSALIDAD.

Nuestra propuesta se traza el objetivo de evidenciar una realidad invisibilizada, que podría impactar en el desarrollo de estrategias de prevención adaptadas a las necesidades y características específicas de estos grupos, desde una **lectura transversal de género, transcultural e interseccional.**

Como todo proceso de transición, **la migración constituye un periodo de desequilibrio personal y familiar**, que requiere cambios profundos en áreas vitales. Si bien no existe una correlación directa entre migraciones y salud mental, **muchas de las circunstancias que concurren en las diferentes fases del proceso migratorio pueden** resultar factores estresores y t**ener incidencia significativa en la salud mental de las personas migrantes.**

Para lograr la adaptación a las nuevas demandas del entorno, las personas han de desplegar un repertorio de recursos que **se encuentran ante obstáculos de diversa naturaleza: estructurales, legales, subjetivos, económicos, entre otros.** La tensión cotidiana que supone el proceso de adaptación, aparejado al desconocimiento del ambiente y a las barreras propias del lugar de destino, **puede desencadenar en condiciones de exclusión y situaciones que atentan contra la salud e integridad psicosocial de la persona migrante** (Agencia para el empleo, Ayuntamiento de Madrid, 2022).

La confrontación de diversas situaciones adversas en este proceso puede dar lugar a lo que Achotegui (2002) definió como **Síndrome de Ulises.** Este autor pone el acento en **el duelo extremo, un estrés prolongado e intenso derivado de múltiples pérdidas**, en conexión estrecha con las **expectativas**, sobre todo en lo que refiere al **estatus social, las rupturas afectivas y la supervivencia**. En las migraciones del S. XXI no tendrían tanta carga algunos factores (duelo clásico) relacionados con la aculturación, como pueden ser la pérdida de la lengua, la cultura o las condiciones de la tierra de origen (Achotegui, 2004), sin perjuicio de su relevancia para muchas personas migrantes.

Teniendo en cuenta la afectación de este fenómeno, no es de sorprender que **poblaciones especialmente vulnerables como el colectivo migrante refugiado y las personas solicitantes de asilo estén sensiblemente más expuestos a verse afectados por procesos como la ideación y las conductas suicidas.** No se puede obviar que **las circunstancias** que obligan a las personas refugiadas a huir de sus países de origen, comúnmente, acarrean daños a la salud física y mental que se adhieren a las características del propio proceso migratorio para complejizar aún más la experiencia (García y Ortiz, 2021).

Como **elementos a tener en cuenta**, mencionamos que, por lo general, son personas que han vivido en zonas de guerra, han estado expuestas a **conflictos armados, traumatización, aislamiento social y diversas expresiones de enfermedad somática y mental**, que les sitúa en un **contexto de especial riesgo** (Haase, 2022). Del mismo modo, el **desplazamiento forzado y la búsqueda de protección** mientras se encuentran envueltos en peligrosos trayectos, la **separación de familia y amigos, las condiciones de vida inhumana**s, el miedo a ser detenido injustamente durante el transcurso, hasta el **temor a morir**, son elementos que no pueden pasar inadvertidos (Turecki, 2016).

Es decir, **las experiencias que viven las personas refugiadas se constituyen como un proceso largo de desestabilización** y posterior elaboración y búsqueda del equilibrio emocional que pueden traer aparejado un daño en la salud mental. **Las secuelas psicológicas de este proceso son complejas, variadas y muy traumáticas** por su carácter profundo y por la huella que dejan en las personas.

Sin embargo, **las complejidades del proceso no acaban con la llegada al país de acogida.** En muchos casos, tras el arribo, **las personas enfrentan fuertes resistencias para conseguir los mínimos recursos de subsistencia** (alojamiento, comida, trabajo, etc.), a lo que se suma, el p**rolongado tiempo de espera para la obtención del estatus de refugiado/a** que finalmente les otorga la estabilidad administrativa.

El tiempo de espera hasta la resolución se vive desde la vulnerabilidad e impotencia que, en muchos casos, se acompañan de sentimientos de culpabilidad ante situaciones de precariedad que en la que se encuentre la unidad de convivencia (en los casos en que la persona solicitante tiene a su familia consigo). Durante este proceso, el contacto con las demás personas se puede ver dificultado por el **sentimiento de desconfianza básico hacia las instituciones, lo que puede dar lugar al aislamiento social.** Esta manifestación debe ser tenida en cuenta en las estrategias de prevención del suicidio con personas solicitantes de asilo y protección internacional.

También, hay que asumir que, si el proceso de tránsito es sumamente complejo, l**a experiencia de integración/inclusión dentro la comunidad de acogida puede ser igualmente traumática.** No podemos obviar los efectos que ejercen los estresores post inmigración, como son la **discriminación, barreras en el acceso a los servicios de salud de calidad y a la educación**, entre otras dificultades añadidas a las que deben hacer durante el período de adaptación en un nuevo país de acogida (Vijayakumar, 2016).

Considerando la **elevada exposición a eventos estresantes de alta intensidad** que enfrentan las personas refugiadas y solicitantes de protección internacional, es posible establecer una relación entre este colectivo y la **aparición de desajustes en la salud mental.** En la literatura, se describen algunas de las **manifestaciones asociadas al riesgo de suicidio** en este tipo de población, como son la **depresión, problemas de ansiedad, trastorno de estrés postraumático y alteraciones de la esfera somática** (Nesterko, el al. 2020; Kien et al., 2019).

La población refugiada muestra un rango significativamente mayor de ideación y conducta suicida respecto a la población no refugiada (Akinyemi, Atilola y Soyannwo, 2015). Para entender con mayor claridad los condicionantes asociados, se hace una **diferenciación entre los factores que inciden en la ideación y en la conducta suicida.** Este desglose no solo es **necesario para comprender el fenómeno** del suicidio **y su relación con el proceso migratorio;** sino también, para **desarrollar intervenciones o acciones de prevención** del riesgo y de promoción de los factores de protección.

Si bien, la producción científica sobre el tema es reducida, **existen estudios que arrojan luz** sobre la relación entre el proceso que enfrentan las personas refugiadas y solicitantes de asilo y la ideación suicida.

Una investigación realizada por Ferrada-Noli (1997), identificó que **el riesgo de suicidio es 1,5 veces mayor en una persona refugiada**, **que el de un ciudadano europeo promedio.** Además, se ha constatado que pueden **aparecer trastornos mentales** potencialmente de riesgo de la conducta suicida como es **la psicosis.** En ese sentido, la evidencia recoge que los **factores asociados** a la ideación suicida son principalmente **la falta de perspectiva, la desesperanza, el aislamiento social o la pérdida de la solicitud de asilo** (Ferrada-Noli, 2014).

Como hemos mencionado anteriormente, el aislamiento social merece una atención especial. Algunos estudios como el de Cohen (2008)[2] y García (2014), ponen el foco en **el aislamiento social como secuela severa del proceso de integración en el país de acogida** y como el **factor de riesgo de mayor gravedad** en una experiencia suicida.

> ES POR ELLO QUE DENTRO DE LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EL TRABAJO HACIA EL (RE)ESTABLECIMIENTO DE REDES DE APOYO, FORMALES E INFORMALES, CONTRIBUIRÁ DE MANERA FAVORABLE A ATENUAR LA IDEACIÓN Y/O CONDUCTA.

En materia de salud mental, es importante destacar que **existen alteraciones que tienen un mayor impacto sobre la ideación suicida.** Estudios como el Hollander (2016), concluyen que las **personas refugiadas con esquizofrenia o psicosis cometen suicidio 2.5 veces más que un migrante o ciudadano común.**

En resumen, entre los **factores específicos de ideación suicida en colectivo refugiado y demandante de asilo** se encuentran los siguientes (Sundivall, et, al. 2015; Björkenstam, et al. 2020; Hollifield, Wasteson y Bjärtå, 2019):

- **Incapacidad para sustentar las necesidades económicas de la familia** (imposibilidad de tener permisos de trabajo, dificultades de acceso al mercado laboral, etc.).
- **Bajos niveles de soporte social**, ausencia de redes sociales.
- **Mayor riesgo de padecer depresión y ansiedad** respecto a la población general.
- **Menor calidad de vida.**
- **Desesperanza prolongada** por la incertidumbre y la falta de un estatus legal claro.

[2] Cohen, Juliet, “Safe in our hands?: A study of suicide and self-harm in asylum seekers”, Journal of Forensic and Legal Medicine, 2008, pp. 235-244

Con respecto a los **factores asociados a la conducta suicida**, las evidencias muestran una **mayor incidencia sobre la población refugiada**, en comparación con la no refugiada (Amiri, 2020). Esta prevalencia está relacionada con las complejidades del proceso migratorio y con las adversas condiciones de vida que a menudo enfrenta este colectivo.

Entre los factores de riesgo específicos más relevantes encontramos:

- **Exposición a situaciones traumáticas asociadas a la violencia**, guerras, tortura, persecución, abuso en sus países de origen o durante el transito migratorio.
- **Pérdida de familia y del sentido de comunidad** (redes primarias) ante desplazamientos forzados
- **Experiencias de discriminación** en el país de acogida, por racismo, xenofobia.
- **Incertidumbre e inestabilidad jurídico-administrativa** respecto al permiso de permanencia en el país de acogida.
- **Barreras y desafíos en el proceso de integración/inclusión** en espacios de bienestar (desempleo, pobreza)

A modo de resumen, la literatura identifica que los **factores asociados a la conducta ideación suicida** pueden estar más vinculados con **el aislamiento social, la falta de apoyo, y el estrés emocional prolongado.** Por su parte, aquellos, que correlacionan más con la **conducta suicida en población refugiada son las experiencias traumáticas y desafíos propios del proceso de integración/inclusión** en el país de acogida. Sin embargo, **en ningún caso son excluyentes, sino factores acumulativos**, por lo que pueden verse reflejadas en ambas manifestaciones.

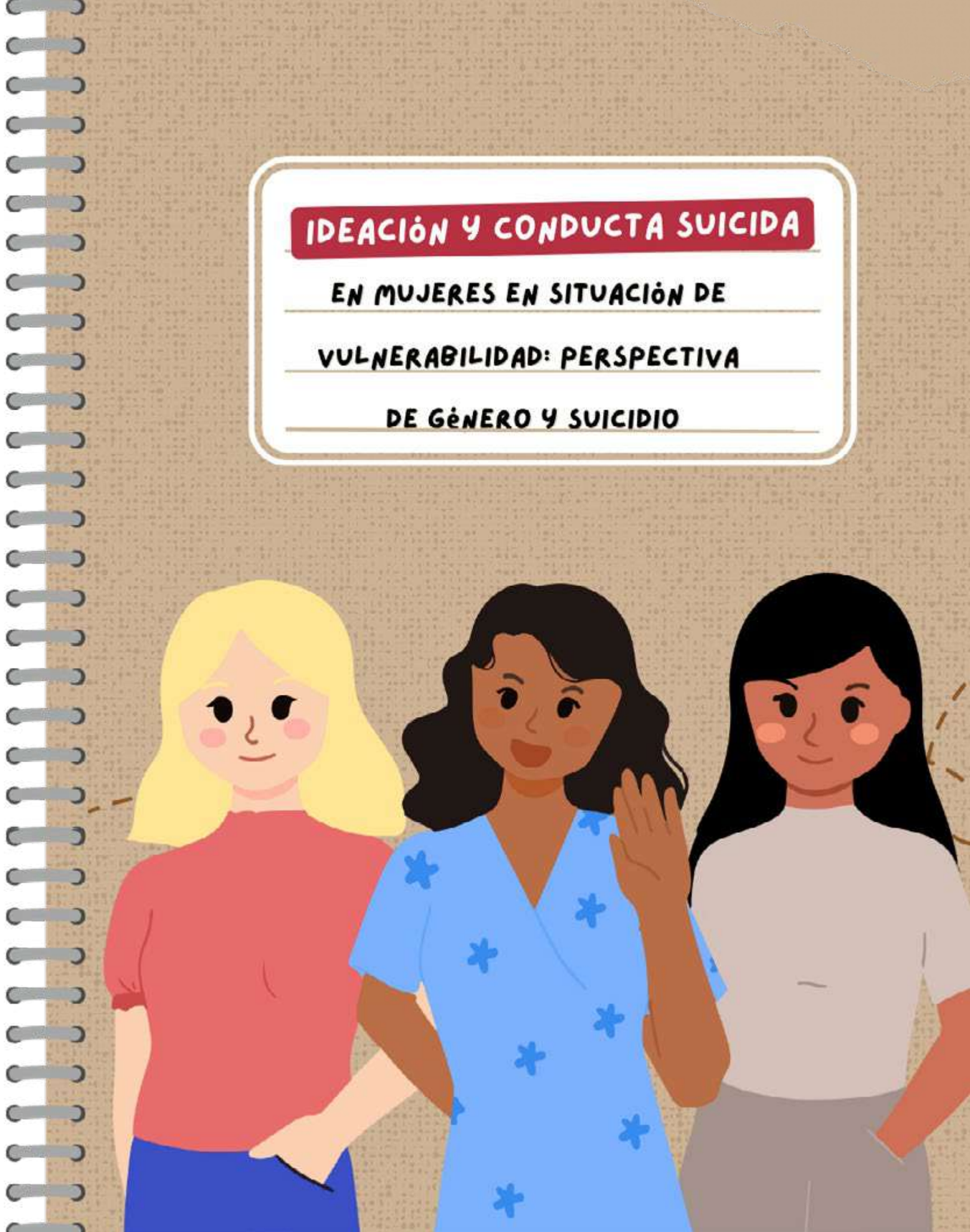
GRÁFICA 5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA IDEACIÓN Y A LA CONDUCTA SUICIDA EN POBLACIÓN REFUGIADA, SOLICITANTE DE ASILO Y PROTECCIÓN INTERNACIONAL

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

La especificación entre los factores de riesgo de la ideación y la conducta suicida se realiza por cuestiones operativas, con el objetivo de f**acilitar las estrategias de prevención efectivas y específicas para esta población.** Si bien, la detección temprana y la intervención rápida en casos de alto riesgo constituyen una premisa indispensable, **estas acciones deben acompañarse de un abordaje integral, sensible a las diferencias culturales y multidisciplinario**, que involucre a profesionales de la salud mental, trabajadores sociales, especialistas en el ámbito jurídico y a la propia comunidad de acogida.

En ese sentido, realizamos un conjunto de **recomendaciones** que pueden contribuirse como **importantes factores de protección para la prevención** del riesgo de suicidio de personas refugiadas, solicitantes de asilo y protección internacional:

- **Acceso a la atención psicológica especializada:** Disponer de acceso a servicios de salud mental culturalmente sensibles y adecuados es fundamental para **brindar apoyo emocional y tratamiento** a las personas migrantes y solicitantes de asilo. Estos servicios pueden incluir **evaluación y atención psicológica, terapia y grupos de apoyo para elaboración y resignificación de experiencias traumáticas** y reducción de síntomas como ansiedad o depresión asociadas con la exposición a situaciones de violencia y pérdidas significativas.
- **Acompañamiento para el (re)establecimiento de redes de apoyo:** Puede realizarse desde la **comunidad de origen, la comunidad de acogida o grupos de pares**, con impactos significativo en la salud mental y el bienestar de las personas refugiadas. **El sentimiento de pertenencia, el apoyo emocional y la conexión social** son factores protectores frente al suicidio.
- **Servicios, programas para favorecer la inclusión y el empoderamiento** para enfrentar los desafíos y dificultades asociadas con la experiencia migratoria (programas de empleo, vivienda, servicios sociales). Se deben incorporar **espacios que faciliten la participación en la comunidad de acogida.**
- **Programas para el acompañamiento jurídico-legal durante el proceso de solicitud de asilo**, para reducir la ansiedad y la incertidumbre, propias del proceso. Este recurso incluye **garantizar el acceso a un proceso de asilo justo y equitativo**, así como la protección contra la discriminación y la violencia.



Las estadísticas sobre suicidio, tanto en España como en el mundo, ratifican que esta problemática **afecta de manera diferenciada a las mujeres y a los hombres.** Las investigaciones demuestran que para la **población masculina el suicidio consumado es de tres a cuatro veces más que en la femenina**; mientras que **los intentos en las mujeres triplican a los de los hombres** (Simon, 2008).

Como hemos mencionado **a este fenómeno se le ha denominado como paradoja de género** que, aunque con variaciones culturales y contextuales, también **se refleja en los métodos empleados para acometer el acto**. Por lo general, **las mujeres emplean** con mayor frecuencia **el envenenamiento y el consumo de medicamentos. Los hombres**, por su parte, hacen uso de métodos más letales, como son el **ahorcamiento, los objetos punzantes y la defenestración** (Barroso, 2019).

Para comprender este comportamiento, desarrollar estrategias de intervención efectivas y adecuadas, **resulta necesario incorporar la perspectiva de género y su influencia sobre el fenómeno de suicidio**. De acuerdo con la OMS (2018), el género es uno de los determinantes sociales de la salud, asociado con la apropiación cultural de normas, expectativas y funciones socialmente asignados que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos a la salud. A esto, le sumamos **otros factores intrínsecos a las desigualades de género que amenazan la integridad física y mental** de las personas, en especial **de las mujeres.**

Sin embargo, las evidencias que confirman que **los hombres constituyen un grupo especialmente vulnerable a la acumulación de factores de riesgo** que pueden precipitar el suicidio. Un argumento explicativo ha sido los mandatos culturales asignados a la masculinidad hegemónica, determinada por un conjunto de cualidades, sentimientos, actitudes y roles que conforman una apropiación subjetiva basada en la fuerza, el control emocional, la racionalidad y la valentía (Rosado et al, 2014).

La construcción social inherente a la identidad masculina puede contribuir a la configuración de estrategias de afrontamientos que **cuartan la expresión del dolor, limitan la búsqueda de ayuda, predisponen el riesgo a un mayor de consumo de sustancias** (drogas y alcohol). De acuerdo con Rosado et, al. (2014), **la vulnerabilidad es un tema tabú para la masculinidad**, lo que tiene un coste considerable para los hombres a nivel individual.

Así mismo, deberían considerarse otros factores de riesgo como **la imposibilidad de cumplir con el rol tradicional de proveedores**; o bien, **el ejercicio de la violencia como una cualidad asignada socioculturalmente.** La violencia que los hombres aprenden y ejercen, no solo (aunque mayoritariamente) se efectúa contra las mujeres (Fundación CEPAIM, 2015). Kauffman (1997), ha definido la triada de la violencia de los hombres como: violencia de los hombres contra las mujeres; violencia de los hombres contra otros hombres; violencia de un hombre contra sí mismo. Esto último, explicaría comportamientos autodestructivos asociados a las adicciones, el descuido de la salud y el suicidio (a través del uso de métodos más violentos y letales).

No todos los hombres reaccionan igual ante los patrones de la masculinidad tradicional. Sin embargo, la rigidez que caracteriza a este modelo a nivel social conlleva una mayor presión para su adhesión. **La opresión** experimentada por hombres que asumen patrones de género no hegemónicos **también es un factor de riesgo** descrito en la literatura (Millán et al., 2014).

> LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN NECESARIAMENTE DEBEN TRANSVERSALIZAR EL ENFOQUE DE GÉNERO ATENDIENDO A LA COMPRENSIÓN DE LA EXPRESIÓN DIFERENCIADA DEL SUICIDIO ENTRE HOMBRES Y MUJERES Y A SU RELACIÓN CON LOS ESTEREOTIPOS TRADICIONALES ASIGNADOS CULTURALMENTE. LOS RECURSOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DEBEN CONTRIBUIR A ELIMINAR LOS SESGOS DE GÉNERO, SENSIBILIZAR A LOS HOMBRES EN EL PROCESO DE CAMBIO HACIA NUEVAS FORMAS DE RELACIONARSE CON LAS MUJERES, LOS HOMBRES Y CON ELLOS MISMOS.

No obstante, a lo anterior, **el suicidio no es un fenómeno privativo de los hombres.** Si únicamente se asume la cifra de suicidios consumados, quedaría invisibilizado como un problema que también afecta a las mujeres, con altísimos niveles de intensidad. **El pensamiento y el intento suicida no letal están ampliamente más presentes en la población femenina.**

Barroso (2019), realizó una sistematización de investigaciones sobre suicidio y género e identificó que, como tendencia, **el suicidio femenino** (ideación, tentativa, consumación) constituye una **salida al sufrimiento** ocasionado por **experiencias de abuso sexual, violencia de género; estrés ocasionado por la doble jornada laboral y el poco tiempo libre**, así como **dependencia económica** hacia el hombre.

En ese sentido, en la literatura revisada **se reconoce a la violencia de género, como una de las causas de mayor correlación con el suicidio femenino**, aumentando el riesgo de ideación o de intento, según la intensidad de la violencia sufrida. La Confederación de Salud Mental (2018), señala que la violencia de género es un factor precipitante del suicidio y **podría ser la causa del 25% de los intentos de suicidio de las mujeres en España.**

Un informe emitido por el Ministerio de Igualdad (2022), ha registrado que hasta un **18,5% de las mujeres que han sufrido violencia en la pareja y un 25,5%** de aquellas que han sido **víctimas de violencia física o sexual**, **han tenido pensamientos de suicidio** en algún momento de su vida; frente al 4,7% de las mujeres residentes en España de 16 o más años que no han sufrido violencia en la pareja. Señalan, además, que **el porcentaje pensamiento suicida asciende al 27,7% entre las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia sexual fuera de la pareja** y alcanza al 38,2% en las que han sido violadas en algún momento de sus vidas.

El impacto emocional de estas circunstancias trae aparejado **vivencias asociadas al sufrimiento, la desesperanza, la pérdida del control sobre la vida, el quiebre de proyectos futuros** y con ello y experiencias subjetivas desencadenantes de alteraciones emocionales y conductas de riesgo que pueden precipitar el acto suicida.

Dentro de las manifestaciones de alteraciones emocionales más frecuentes, los estudios apuntan hacia la **ansiedad generalizada, depresión, estrés postraumático.** El consumo abusivo de sustancias (alcohol y/o droga), suele ser un mecanismo de afrontamiento que agrava la intensidad del riesgo de suicidio. Por su parte, **durante la exposición a ciclos de violencia recurrentes** y recursivos, confluyen **dinámicas acumulativas que pueden predisponer el riesgo**: miedo constante y prolongado, indefensión aprendida, baja autoestima, así como sentimientos de desamparo, que se exacerban con el consecuente aislamiento social que a menuda acompaña a la violencia de género.

Así mismo, la falta de acceso a servicios de apoyo adecuados, las preocupaciones legales y económicas que en muchos casos devienen de la dependencia financiera hacia el abusador, pueden **intensificar la desesperación y aumentar la vulnerabilidad al suicidio.**

Un grupo particularmente susceptible al riesgo de suicidio son las mujeres víctimas de trata. A través de la experiencia de Diaconía España en el trabajo con este grupo, hemos identificado que la **alta exposición a situaciones de extrema violencia- abusos psicológicos, físicos y sexuales-**, aparejado a la **coerción y amenazas atentan contra su libertad y dignidad**, aumentando significativamente el riesgo. En este contexto, es esencial **desarrollar estrategias de prevención específicas** que se correspondan con las características de este perfil y al elevado grado de vulnerabilidad que experimentan.

La trata de personas se considera una forma de esclavitud moderna. Es un fenómeno global que se materializa con la explotación de un ser humano por otro ser humano a través de la apropiación de su libertad, su trabajo y su dignidad, legitimando que se compre su vida con dinero.

La trata de personas constituye en la actualidad uno de los **principales delitos que vulneran los Derechos Humanos más elementales**, sobre todo, de aquellos **grupos que experimentan especiales situaciones de vulnerabilidad, por características estructurales de la sociedad** (mujeres, menores de edad, población migrante); así como **por aspectos coyunturales** (conflictos armados, desplazamiento forzado, desastres medioambientales, situaciones de crisis económicas, entre otras causas. **En España la trata de seres humanos genera 5 millones de euros al día, e involucra alrededor de 45.000 mujeres y niñas** víctimas, la mayoría en situación de **explotación sexual.**[3]

Existen diferentes formas de trata, dentro de las que se destacan, la trata con fines de **explotación laboral, explotación de la mendicidad, otras actividades**

[3] La explotación sexual mueve cinco millones de euros al día en España: https://elpais.com/sociedad/2013/04/17/actualidad/1366213528_675806.html

ilícitas o con fines de explotación sexual. Ésta última constituye, según datos de la ONU, el 79% de los casos de trata de seres humanos (TSH), de los cuales entre un **80% y un 90% son mujeres y niñas.**

La trata de seres humanos y la explotación sexual tienen rostro de mujer. Por lo general, se describe un **perfil joven, migrante, con cargas familiares y económicas.**[4] Entre las **causas asociadas** podemos encontrar el **patriarcado, las relaciones de dominación, la feminización de la pobreza y los roles de género** que perpetúan el control y el poder que los hombres ejercen sobre las mujeres.

El fenómeno de la trata de personas, en sí mismo, representa un factor de riesgo significativo de suicidio. Una investigación realizada por Zimmerman (2009), refiere que cerca de las dos quintas partes de las mujeres que han sido víctimas de trata informaron haber tenido alguna ideación o intento suicida durante y después de haber terminado el cautiverio. En general, se ha constatado que **la tasa de suicidio y de condutas autolesivas es hasta tres veces más alta en comparación con las mujeres que solo ejercen la prostitución.**

El sufrimiento ante la exposición constante a situaciones atemorizantes, con pérdida del espacio de seguridad desencadena, con frecuencias, **problemáticas de salud mental**, asociadas a crisis de ansiedad aguda, estrés postraumático, trastornos del sueño, episodios disociativos. **El porcentaje de depresiones se multiplica por 10 en este colectivo** con respecto a la media femenina, condicionando un mayor riesgo a los intentos de suicidio (Díaz, 2014).

En un estudio realizado con 106 mujeres y niñas víctimas de trata en Estados Unidos (Lederer y Wetzel, 2014) se observó que la depresión (88.7%), la ansiedad (76.4%), las pesadillas (73,6%), los recuerdos (68,0%), baja autoestima (81,1%) y los sentimientos de vergüenza y culpa (82,1%) fueron los problemas de salud mental más reportados. Los peores resultados los arrojaron las mujeres que habían sido explotadas durante un periodo de 6 o más meses, lo que significa que **a mayor tiempo en la red/explotación, mayor será la presencia de psicopatologías.**

Por su parte, las **estrategias de manipulación empleadas por las redes de trata** o los tratantes utilizan, conllevan métodos de **intimidación, manipulación emocional, amenazas, cosificación.** El fin de estas estrategias es lograr la dominación, el control de sus cuerpos y la consecuente sumisión. Esto tiene un **impacto a nivel psíquico y físico**, generando profundos sentimiento de

[4] Actualmente, en España, el perfil más común de las víctimas de trata con fines de explotación sexual que se han identificado es el de mujeres y niñas extranjeras (un estimado 80/90%) de entre 15 y 34 años que vienen de Rumanía, China y Nigeria. En muchos casos, tienen cargas familiares y arriban al país con el objetivo de acumular ingresos y buscar una mejor vida para sí mismas y para sus familias en el país de origen.

indefensión que se traducen en una identidad secuestrada y daños graves sobre la autoestima. **La soledad y desamparo** desencadenantes de estas situaciones se exacerban ante el **aislamiento y la desconexión de las redes sociales y familiares** previas, coartando así las posibilidades de encontrar vías de escape o salida ante la situación de violencia vivida.
Como **factor de riesgo adicional**, debemos mencionar el **progresivo deterioro físico que experimenta** como consecuencia de la deficiente alimentación, el trabajo excesivo y las condiciones de insalubridad en las que viven. Todo lo anterior, se ve agudizado por el abuso físico y sexual al que permanentemente se encuentran expuestas (Echeburúa, De Corral, y Amor, 2002).

Otros estudios han identificado la **elevada incidencia de historias de violencias desde edades tempranas** en el seno de la familia de origen o mano de terceras personas. Estas experiencias vitales, pueden ocasionar lo que se ha denominado como **daño crónico** que "**incrementa el riesgo de desarrollar trastornos de origen traumático** y síntomas más graves y de mayor alcance, incluido el **consumo de drogas y el intento de suicidio**" (Van der Hart, et. el., 2008).

Como se puede interpretar, los factores de riesgo de suicidio asociados a la trata y explotación sexual, deben tomarse en consideración en cualquier recurso de atención disponible para esta población. **El riesgo de que ocurran estas conductas en los centros de atención es estadísticamente alto y requiere una adecuada valoración, intervención y vigilancia, para evitar que se lleven a cabo estas conductas autodestructivas durante el proceso de reincorporación a la nueva vida (Burnette et al., 2008; Saewyc, MacKay, Anderson, y Drozda, 2008).**

Desde esta perspectiva, un **recurso clave para la prevención del suicidio en mujeres víctimas de trata y explotación sexual es reducir al máximo posible los factores de riesgo**, así como reconocer y fortalecer los factores de protección, tales como los que a continuación reseñamos.

- **Restablecimiento de redes de apoyo:** A través del acompañamiento para el restablecimiento y consolidación del apoyo social, se contribuye a **reducir este malestar psicológico, disminuyendo la posibilidad de desarrollar ideación suicida** (Kleiman y Liu, 2013). En este sentido, los **grupos de apoyo** que se llevan a cabo a través de los talleres e intervenciones grupales en los recursos de supervivientes de víctima de trata **ayudan a las mujeres a crear lazos de unión entre ellas.** Dentro de estos recursos, también resulta esencial fomentar la conexión de las mujeres dentro de espacios, comunidades y redes sociales seguras. Esto permitirá **reducir el aislamiento y las relaciones saludables con el entorno.**

- **Acompañamiento psicológico:** Gran parte de los recursos que atienen a supervivientes de trata de seres humanos tienen como referente el apoyo psicológico y el desarrollo de herramientas para la gestión de conflictos internos. De manera transversal, dentro de estos procesos se recomienda **abordar estrategias terapéuticas para la recuperación del daño y resignificación de la experiencia vivida.**

- **Restablecimiento de relaciones significativas: La cohesión y la adaptabilidad familiar** son dos factores que disminuyen el riesgo de que un miembro de la familia realice conductas suicidas (Compton, Thompson y Kaslow, 2005). En este sentido, el **fomento de la reagrupación familiar** y el traslado en algunos casos de supervivientes de trata a su país de origen fomenta esta cohesión y reduce sensiblemente el riesgo.

- **Proporcionar espacios seguros y estables: Garantizar a través de recursos de acogida un entorno seguro es fundamental para que las mujeres se sientan protegidas.** Esta actuación puede ser un punto de partida indispensable para iniciar itinerarios que favorezcan la reconstitución de proyectos de vida. **El tercer sector asume un papel clave para el fortalecimiento de este factor de protección**, a través de los recursos de acogida específicos para este grupo social.

- **Apoyo legal: Ofrecer acompañamiento legal para la defensa de los derechos de las víctimas** constituye un elemento fundamental, no solo en términos jurídicos. A nivel psicológico, puede **facilitar la elaboración del trauma, el sentido de justicia y de cierre**, claves para la recuperación emocional.

RIESGO DE SUICIDIO

Y GRUPOS EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Otro de los colectivos, quizás más amplio a diferencia de los anteriores, es de las **personas en riesgo de exclusión social.** De hecho, no podemos obviar que esta cuestión es transversal e interseccional en los colectivos anteriores por lo que, en este apartado, acotaremos dicho fenómeno a los elementos que desde Diaconía España consideramos como más relevantes en nuestra sociedad dentro de la exclusión.

Abordaremos de esta forma la exclusión social desde sus elementos y componentes y no como una problemática global. Para destacar los elementos que consideramos centrales en la exclusión, primero cabe definirla.

Entendemos la exclusión social como "la etapa final de un itinerario exclusógeno en el que inciden procesos subyacentes bastante complejos, de los que nadie puede quedar totalmente prevenido en una sociedad de riesgo" (Tezanos, 1999). Dicho itinerario podemos establecerlo en tres zonas diferencias (Castel, 2004): Integración, vulnerabilidad y exclusión.

Bajo este entendido, **desde Diaconía España hemos realizado una labor de intervención** con las personas en riesgo de exclusión social desde su fundación y la experiencia **nos ha permitido identificar algunos de los elementos** que nos hacen poner el foco en estas personas cuando hablamos de **prevención del suicidio.** Y es que cuando se trata de prevención, hay que tener en cuenta **la exclusión social guarda una gran similitud con el suicidio: ambos son un proceso.**

En materia de prevención del suicidio hay que entender que **la exclusión social pasa por ser un proceso por el cual a las personas se les imposibilita sistemáticamente el acceso a posiciones que permiten la autonomía**, siempre dentro de unos niveles sociales determinados y unos valores ligados al contexto (Castells, 2001). Y en este proceso tan complejo **se pueden producir estresores** que podemos categorizar como factores acumulativos (OMS, 2004). Es decir, **factores sumativos** que en este itinerario se presentan y que pueden, junto con otros factores, llegar a **ser precipitantes.** Esto es sumamente importante, pues no podemos olvidar que la exclusión social también se concibe como la dificultad/imposibilidad de acceso a mecanismos de desarrollo personal y socio-comunitarios, así como a los sistemas de protección social (Subirats, 2004).

En línea con esto anterior, tal y como afirma Paula Valverde (2022), **la exclusión social extrema o severa atenta gravemente contra la salud mental de la persona hasta el punto de sentirse totalmente rota, intrascendente, o de considerarse una carga** para las personas con las que guarde un contacto (por mínimo que sea), entre los que se incluyen no solo al medio inmediato (familia o amigos), sino a personas como pueden ser profesionales del tercer sector, familiares lejanos o vecinos.

La relación entre el suicidio y la exclusión social no tiene un largo recorrido en la producción de conocimiento científico. Sin embargo, existe un acumulado de **estudios que arrojan evidencias sobre la influencia, más o menos directa, de las condiciones estructurales que reproducen desigualdades, pobreza y exclusión sobre el riesgo de suicidio.**

En situaciones de **precariedad material sostenida, las personas se encuentran limitadas para la satisfacción de sus necesidades básicas,** para ejercer libremente sus derechos y aprovechar las oportunidades del entorno en condiciones de bienestar.

A estas dinámicas de elevadísima complejidad **se añaden representaciones que se manifiestan en las relaciones sociales en forma de rechazo y estigmatizaciones por la condición económica.** Las personas en situación o riesgo de exclusión a menudo enfrentan **discriminación por aporofobia; violencia social e institucional** que perpetúan la marginación y el aislamiento.

Al respecto, aportamos la definición de **"trauma psicosocial"**, acuñado por Martín Baró (2003), para ilustrar que los efectos de la violencia institucionalizada (física o en el caso que nos ocupa, simbólica), durante un período prologando, acentúa comportamientos autodestructivos abiertos o encubiertos, como pudiera ser el suicidio. El mismo autor conceptualiza la desesperanza aprendida como un término asociado al fatalismo existencial ante condiciones de precariedad económica, opresión y privación de derechos. **Cuando un grupo humano es sometido a diferentes formas de violencia, discriminación y exclusión, aprende a no esperar nada de la vida. La resignación pasiva puede ser una peligrosa respuesta de alto riesgo para la salud mental.**

Otros autores, hacen referencia a la **"pobreza inesperada", como un factor de riesgo de suicidio: pérdida imprevisible del empleo, fracaso laboral, pobreza en la vejez** (Carbonell, 2007). La pérdida de estatus, la movilidad económica y social descendente, se encuentran estrechamente relacionados con la identidad y la autoestima. En estos casos, se pueden configurar **manifestaciones psicológicas negativas como la incertidumbre, desesperanza, culpa y vergüenza.** La pérdida de un rol socialmente valorado no solo impacta en la economía personal y familiar, sino también en la percepción que tiene la persona de sí misma y de su lugar en la sociedad.

Como otro de los factores acumulativos descritos en la literatura, se hace referencia a las **barreras de acceso a condiciones básicas de bienestar como son la educación, el empleo, la vivienda y la salud** (incluyendo la salud mental). Sobre esta última dimensión, consideramos pertinente realizar una acotación particular.

En España se dispone de seis profesionales de la psicología por cada 100 000 habitantes, un 64% menos respecto a otros países europeos. Este déficit, aparejado a la alta incidencia de problemáticas de salud mental, ha generado un **desbordamiento de los recursos del Sistema Nacional de Salud Pública**, que se traduce en listas de espera de entre 7 y 9 meses para acceder a la atención psicológica (Informe de Salud Mental, Fundación Mutua Madrileña, 2023).

Este panorama, constituye **una de las principales brechas de desigualdad en el acceso a la atención psicológica especializada.** La brecha, se expresa en posibilidades de acceso a la atención privada de grupos con recursos económicos que les permite asumir los costos que estos suponen y en barreras de acceso para los grupos en situación de vulnerabilidad socioeconómica, que deben enfrentar las largas listas de espera y amplios plazos para recibir un plan de intervención y tratamiento para la recuperación.

Ante la **inmensa profundidad de este fenómeno**, y sin ánimo de ser reduccionistas frente al mismo, **profundizaremos sobre dos factores de riesgo** que hoy suponen un obstáculo en la estabilidad, desarrollo e inclusión social de las personas: **el empleo y la vivienda.**

EMPLEO Y RIESGO DE SUICIDIO

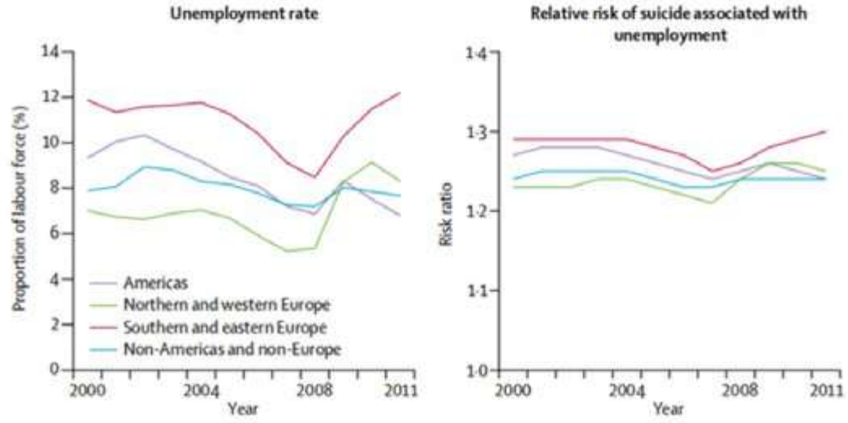
Hablamos de empleo y no de vida laboral porque entendemos esta como un proceso en el cual hay diferentes momentos de tensión, atribuidos a cada etapa vital (como puede ser la jubilación o prejubilación, la primera inserción laboral, etc.). Sin embargo, abordamos **el empleo como ámbito donde confluyen otros elementos como la discriminación** (por edad, por origen, etc.), **la precariedad laboral y otras formas de exclusión.** Es decir, esta exclusión no hace referencia únicamente a su aspecto más tradicional o simbólico (el desempleo o la falta de acceso al mercado laboral de determinados colectivos como son los jóvenes, mujeres, personas con discapacidad, personas migrantes o minorías étnicas), sino también a un gran abanico de situaciones de precariedad y vulnerabilidad socioeconómica ligadas al trabajo (Lafuente, Faura, & García, 2019).

En ese sentido, **no estamos afirmando que el desempleo o la precariedad laboral sea un precipitante determinante de la conducta suicida**, pero sí que podemos observar una **asociación positiva entre ambos fenómenos, sujetos también a múltiples factores.** Todos estos factores que entran en juego impiden un consenso empírico para establecer la correlación entre ambos fenómenos como determinante, aunque desde luego sí es positiva. Es decir, se puede identificar una **correlación positiva clara entre el desempleo y el suicidio en periodos de estabilidad económica**, siendo débil la correlación durante periodos de crisis financiera como la recientemente vivida. La relación entre ambos fenómenos es compleja ya que puede ser modulada por la edad, el sexo y el momento del ciclo económico (Iglesias-García, y otros, 2017).

Son ya varios los estudios que arrojan datos reveladores sobre esta asociación. Algunos estudios como el de Nordt, Warnke, Seifritz y Kawohl (2015), tras analizar los datos de 63 países de todo el mundo entre el año 2000 y 2011 muestran que **una de cada cinco personas que se quita la vida lo hace por causas relacionadas con el desempleo, aunque éste tiene diferente impacto según el entorno.**

En su estudio "Modelling suicide and unemployment: a longitudinal análisis covering 63 countries, 2000-2011" publicado por The Lancet Psychiatry, se detecta que en los países donde el desempleo no es frecuente, un aumento de éste tiene un efecto más pronunciado sobre los índices de suicidio. En términos porcentuales, **el aumento del riesgo relativo asociado al desempleo oscila entre un 20%-30%.**

Se estima que hubo 233.000 suicidios al año entre 2000-11, de los cuales alrededor de 45.000 podrían atribuirse al desempleo. En 2007, el año anterior a la crisis, hubo 41.148 casos identificados de suicidio. En 2009, este número había aumentado a 46.131, un aumento de 4.983 o 12%. (Cummins, 2015).



FUENTE: CUMMINS, 2015

En relación con lo anterior, nos centramos en el **desempleo** ya que e**s uno de los factores socioeconómicos más importantes que influyen en el suicidio** (Chungah & Youngtae, 2017). Éste tiene un fuerte impacto que guarda relación, por un lado, con la **presión económica de hacer frente a un ingreso significativamente reducido** (o lo que conocemos como "llegar a final de mes") y, por otro, con **el estatus que proporciona el trabajo** sobre el que aún existe una fuerte estigmatización cuando dicho estatus se pierde (Tyler, 2014).

El estudio recogido en The Lancet destaca que **el nivel de suicidios aumenta en los seis meses previos a los repuntes del desempleo.** Según los autores del estudio, esto puede deberse al **estrés, la inestabilidad y la inseguridad** que también vive la población activa en un contexto de recortes, recesión y la pérdida de trabajo como consecuencia de estas dos (Nordt, Warnke, Seifritz, & Kawohl, 2015).

Y aunque esto último es suficientemente grave, **la preocupación no solo se limita al desempleo, sino también al entorno de trabajo y el estrés** que se puede llegar a padecer. **La precariedad salarial, el exceso de horas de trabajo, los contratos abusivos y precarios o el acoso laboral** cargan a las personas de fuertes presiones que nos hacen poner el foco en el ámbito laboral en materia de prevención del suicidio. Estos elementos pueden **incidir gravemente en el estado de salud mental de las personas**, repercutiendo en última instancia en la tasa de suicidio, por lo que **no podemos subestimar los efectos perjudiciales de la precarización del empleo** (Chungah & Youngtae, 2017).

Esto se agudiza en las zonas de grandes privaciones socioeconómicas. Tal y como afirma Joe Ferns, director ejecutivo de política, investigación y desarrollo de los samaritanos, "el suicidio es una desigualdad que afecta a las personas en las zonas de mayor privación, procedentes de los sectores más desfavorecidos".

Por todo lo anterior, es necesario **reivindicar políticas de protección en el ámbito laboral**, ya que los datos sobre previos muestran que **el impacto del desempleo en el suicidio desciende considerablemente ante la presencia y aplicación de medidas de protección laboral** que, ante el aumento del desempleo, proveen de medidas sanitarias y sociales para mitigar el incremento de suicidios (Iglesias-García, y otros, 2017).

ES NECESARIO LA TOMA DE CONCIENCIA DE ASUMIR ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN A LA SALUD MENTAL, AUTOCUIDADO Y PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DENTRO DE LAS POLÍTICAS EMPRESARIALES. ESTO IMPLICA IMPLEMENTAR PROGRAMAS QUE FOMENTEN EL BIENESTAR PSICOLÓGICO, PROPORCIONAR ACCESO A RECURSOS DE APOYO EN SALUD MENTAL Y ESTABLECER UNA CULTURA ORGANIZACIONAL QUE DESESTIGMATICE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.

VIVIENDA Y RIESGO DE SUICIDIO

Cuando nos referimos a la exclusión, no podemos obviar **la exclusión residencial y las diferentes problemáticas que giran en torno a la vivienda.** Al fin y al cabo, la vivienda es un espacio donde se construye y consolida la identidad de cada persona y se satisfacen necesidades que inciden en la calidad y condiciones de vida. Por lo anterior, podemos deducir que **la dificultad de acceso a la vivienda, la infravivienda o las dificultades para su mantenimiento, pueden repercutir gravemente en la salud física y mental de las personas.** Tal y como afirma la Asociación Provivienda (2019)[5], la ausencia de una vivienda digna está estrechamente relacionada con la mala salud.

Aunque la problemática en torno a la vivienda es más amplia, en esta guía queremos **incidir en cuatro ejes concretos: sinhogarismo, inestabilidad residencial, infravivienda y el acceso a la vivienda (mercado del alquiler).**

En referencia con el sinhogarismo, algunos estudios han abordado este fenómeno en relación con el suicidio. Sin embargo, cabe destacar que **sobre esta cuestión existe una escasísima producción científica**. Y es que, si al inicio del epígrafe hacíamos alusión a los factores acumulativos como constituyente del riesgo de conducta suicida, **debemos de asumir que quienes mayores factores de riesgo acumulan en la población general son las personas sin hogar**, ya que presentan tasas sumamente superiores a la de la población general en **problemas de salud mental y enfermedades crónicas**, además de la **grave situación de exclusión social** que aumenta la precariedad bio-psico-social (Calvo-García , Giralt Vázquez, Calvet Roura, & Carbonells Sánchez, 2016); (Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa, & O'Neal, 2005); (Toro, Tricckett, Wall, & Salem, 1991) (Moreno-Márques, 2009).

[5] Provivienda (2019). "Cuando la casa nos enferma II: impactos en el bienestar social y emocional". Disponible en: https://www.provivienda.org/wp-content/uploads/Informe-Cuando-la-casa-nos-enferma-II.pdf

El estudio realizado en España por Calvo-García, et. al, (2016) reflejó que el **24,7% de la muestra consultada (38 de 154 personas sin hogar)** para su estudio **manifestaron haber intentado suicidarse en alguna ocasión.** Otro estudio realizado sobre otra muestra sostuvo que **el dato ascendía a 31%** mientras el **38,3% refirieron ideación suicida** en el último año (Asociación Provivienda, 2018).

A pesar de lo preocupante de estos datos, no se puede establecer relación entre el tiempo en situación de calle y el riesgo de suicidio, al menos a través de ninguno de los instrumentos empleado en dicho estudio. Lo que sí podemos determinar es que **las personas sin hogar tienen un elevado riesgo de suicidio** por los diferentes factores acumulativos antes mencionados. Sobre esto **es urgente ejecutar "intervenciones preventivas específicas comunitarias para facilitar y adaptar tanto la detección del riesgo de suicidio como el acceso a los servicios de salud mental" de estas personas** (Calvo-García, Giralt Vázquez, Calvet Roura, & Carbonells Sánchez, 2016).

En cuanto a la **inestabilidad residencial**, podemos afirmar que ésta tiene también un **impacto en la salud de las personas.** Según Asociación Provivienda (2019), la precariedad residencial de la población se materializa en gran parte en la inestabilidad residencial. **Esta inestabilidad aumenta su prevalencia según el grado de malestar psicológico de las personas más vulnerables:**

> *Siete de cada diez personas con malestar grave (70,6%) consideran su vivienda como temporal (+40,2 p.p. que los que tienen bienestar psicológico / emocional). Más de la mitad de los que tienen malestar grave han tenido que abandonar su vivienda de forma involuntaria (+30,2 p.p.), siete de cada diez han buscado activamente vivienda en los últimos 12 meses e incluso lo siguen haciendo en la actualidad (+42,1 y +47,2 p.p. respectivamente) (Asociación Provivienda, 2019).*

En materia de infravivienda, o de condiciones de la vivienda, también es necesario detenerse cuando hablamos de la vivienda y prevención del suicidio, ya que **la proporción de viviendas en mal estado aumenta entre las personas con malestar emocional y psicológico grave (29,1%)** (Asociación Provivienda, 2019). Este comportamiento podemos observarlo también en la **población vulnerable que vive en condiciones de hacinamiento (56,7%).**

Por último, en referencia con el acceso a la vivienda, cabe señalar los recientes estudios que han sido publicados donde se señala la **correlación entre los precios de la vivienda y los alquileres y el empeoramiento de la salud y el incremento de la tasa de suicidios.**

La investigación de Gum-Ryeong, Grignon, Young y Dunn (2022)[6], recaba los datos de 27 de la OCDE (entre los que se encuentra España) durante los años 2000-2017. Estos señalan que, en los años siguientes a la crisis de 2008, **"el aumento del precio de la vivienda está asociado significativamente con la mortalidad evitable, tratable y los suicidios"** (Gum-Ryeong , Grignon, Young, & Dunn, 2022). Y es que, como hemos visto en los apartados anteriores, el acceso y el mantenimiento de la vivienda digna inciden en la salud de la población. Debido a la importancia de este asunto, **los investigadores proponen tres ejes para mitigar esta relación**: que los países tengan un parque de **vivienda social suficiente**, por encima del 10% del total (en España es del 1,1%); que cuenten con **regulaciones que controlen el precio de los alquileres**; o que **inviertan en gasto social**, principalmente en pensiones y prestaciones por desempleo (Gum-Ryeong , Grignon, Young, & Dunn, 2022).

Este mismo estudio demuestra que "el gasto social en pensiones y prestaciones por desempleo se asocia significativamente con tasas de mortalidad más bajas" (Gum-Ryeong , Grignon, Young, & Dunn, 2022). Es decir: **el gasto social protege a los hogares en situación de vulnerabilidad o riesgo de exclusión**, mitigando así parte de los efectos que provoca en la salud el precio de la vivienda.

Tal y como afirma Pedro Gullón, médico especialista en medicina preventiva y salud pública: "aquellos países con un mayor coste de vivienda por renta tienen mayor mortalidad, suicidios y mortalidad prematura. Sin embargo, el gasto social de los países y las medidas de control de la vivienda conseguían atenuar esta asociación" (Noriega, 2022).

Al igual que con el empleo, queremos incidir en que **las problemáticas en torno a la vivienda** que aquejan a la población en general, y a la más vulnerable en particular, **son factores riesgo acumulativos** que, en dependencia de otros múltiples factores, pueden convertirse en **precipitantes de la conducta suicida.**

[6] Gum-Ryeong , Grignon, Young, & Dunn (2022). How do housing asset and income relate to mortality? A population-based cohort study of 881220 older adults in Canada. Journal of Epidemiology & Community Health.

CAPÍTULO

6

- Prevención primaria
- Prevención secundaria

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

6. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Poder contribuir a la prevención del suicidio requiere de pautas que nos ayuden a identificar las distintas situaciones con las que nos podemos encontrar y sus diferentes abordajes de estrategias en función del nivel de prevención adecuado.

Para ello, se describen **distintas estrategias de prevención del suicidio** enmarcadas en los distintos niveles de prevención: **primaria, secundaria y terciaria.**

PREVENCIÓN PRIMARIA

Dentro de la prevención primaria se contemplan todas las **acciones de sensibilización, informativas y formativas ante el fenómeno suicida, que incluyen comprender el fenómeno suicida desde una visión realista y científica** y no desde los mitos extendidos social y culturalmente. Nuestra sociedad está inundada de **numerosas creencias erróneas acerca de la conducta suicida** en las que se cae con relativa facilidad. Estos mitos no solo no ayudan a la prevención de la conducta suicida, sino que la entorpecen, por lo que para poder afrontar de manera eficaz este grave problema deben ser eliminados. Así, **la ruptura de estos mitos generalizados en la sociedad contribuirá a una mejor comprensión** sobre el fenómeno suicida, lo que permitirá una **prevención ante el suicidio más eficaz** al identificar posibles señales indicadoras de ideación o intención autolítica que van a favorecer una posterior intervención preventiva adecuada.

Asimismo, favorecerá a **la ruptura del estigma sobre el suicidio contribuyendo a "normalizar" su visibilidad y abordaje preventivo.** Por tanto, es primordial atender de manera general a este nivel primario de prevención, ya que son la piedra angular para llevar a cabo posteriores intervenciones preventivas eficaces desde los niveles secundarios y terciarios. Adquirir este nivel de prevención ante las conductas suicidas es importante en la población general, pero cobra especial relevancia su adquisición en los profesionales que están en contacto con personas en potencial riesgo de suicidio como, por ejemplo, los profesionales del Tercer Sector. **Las principales estrategias de prevención primaria frente a conductas suicidas son:**

- **Información veraz:** Las medidas de prevención primaria pasan por disponer de información veraz respecto al suicidio y las conductas inherentes a este fenómeno. Esto implica la **necesidad de revisar las creencias sociales y culturales aprendidas sobre este fenómeno**, que son base constituyente de los mitos sobre el suicidio para, así, poder ampararnos en realidades basadas en la evidencia. **Los mitos sobre el suicidio** extendidos socialmente constituyen una información errónea que **sustentan la "anti-prevención"** del suicidio y/o conductas suicidas.

- **Campañas de sensibilización:** Sensibilizar a la población en general ya sea mediante campañas propiamente de sensibilización del suicidio o la **difusión de información veraz sobre este fenómeno a nivel individual contribuirá a romper la brecha de conocimiento** existente en la sociedad sobre el fenómeno del suicido, lo que ayudará a comprender en qué consiste el fenómeno del suicidio y que cualquier persona puede ser susceptible de padecerlo. **Hablar con naturalidad y difundir información veraz** sobre el suicidio favorecería la **ruptura del estigma** y que el tema deje de ser un tabú, lo cual favorecería la sensación de "autorización social" para que las personas con pensamientos/ideación/intención autolítica puedan pedir ayuda.

- **Formación específica:** Incluye todas las **acciones formativas específicas destinadas a la prevención y/o intervención** ante pensamientos, ideación e intención suicida que posibilitan adquirir herramientas y estrategias básicas encaminadas al reconocimiento/ detección de señales que podrían indicar riesgo o intención autolítica, y cómo proceder/intervenir de manera eficaz ante la diversidad de casos que se nos pueden presentar.

- **Promoción de los factores de protección:** La promoción de la salud mental y el fortalecimiento de la resiliencia a través del impulso de los factores protectores como son el **apoyo social y la implementación de actividades que contribuyan al bienestar, el autocuidado y la calidad de vida** de las personas donde se contemplen sus fortalezas para enfrentar dinámicas y situaciones de la vida potencialmente estresantes.

- **Barreras arquitectónicas y ambientales:** En la medida de lo posible, se mantendrá una **higiene estructural en el dispositivo**, **identificando puntos negros, como ventanas en pisos altos o huecos de escaleras, cerrojos**, a fin de establecer barreras arquitectónicas. Del mismo modo, se llevará a cabo una **vigilancia del acopio de fármacos**, así como el **acceso a los productos de limpieza o pesticidas** potencialmente tóxicos.

Específicamente, en el caso de **los/las profesionales del Tercer Sector que trabajan con colectivos vulnerables, es muy útil adquirir información sobre las peculiaridades de distintas culturas en relación con el fenómeno suicida.** Así como, contemplar que los acontecimientos vitales estresantes que atraviesan las personas de distintos colectivos vulnerables con los que se trabaja pueden ser factores de riesgo que los haga susceptibles de presentar una mayor probabilidad de transitar una experiencia suicida, aunque pertenecer a estos colectivos no signifique necesariamente que estén en riesgo de suicidio.

En el caso de **los recursos de acogida**, se ha de tener un **especial cuidado en la restricción de acceso a artículos potencialmente letales** manteniendo una especial higiene arquitectónica, que constituya del entorno un lugar seguro.

Todas estas acciones de prevención primaria contribuirán a la prevención del suicidio mediante la facilitación de:

- **Romper el estigma** sobre el suicidio.
- **Visibilizar el fenómeno** del suicido y que deje se ser un tabú.
- **Deshacer los mitos** sobre el suicido, que contribuirá a una visión más realista y científica sobre este fenómeno.
- **Aprender a identificar señales** que indican ideación o intención autolítica.
- **Conocer los factores de vulnerabilidad** que indican mayor riesgo de conductas suicidas.
- **Conocer los factores protectores** frente a las conductas suicidas.
- **Mejorar los conocimientos y las habilidades** entre el personal profesional del Tercer Sector, entre otros colectivos, sobre el manejo y procedimiento ante las conductas suicidas.
- **Eliminar variables iatrogénicas** en la prevención/intervención/manejo de la conducta suicida.
- **Promocionar activamente la Salud Mental.**

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Dentro de la prevención secundaria se incluyen todas las estrategias o acciones dirigidas a la detección e intervención de personas potencialmente en riesgo de suicidio. Es decir, cuando se observan conjuntamente elevados factores de riesgo y bajos factores protectores. Ahora bien, **presentar factores de riesgo no significa que la persona tenga la idea o la intención de suicidarse**, al igual que presentar factores protectores no significa que la persona no lo pueda hacer. Adicionalmente a la valoración conjunta de factores de riesgo y de protección, **se debe de tener en cuenta la capacidad de resiliencia** ante las adversidades que puede tener la persona.

Esta primera criba nos proporcionará **información para determinar si es preciso seguir indagando** un poco más mediante **preguntas directas**, aunque no invasivas, sobre su situación vital, estado de ánimo actual e historia de vida.

Como señalábamos anteriormente, y como parte de la prevención secundaria, dentro del trabajo que se lleva a cabo con personas vulnerables, u**na de las principales actuaciones preventivas**, siempre que sea posible, es una **evaluación psicológic**a, en la que es altamente recomendable explorar el riesgo suicida, a fin de poder detectar a tiempo, valorar el nivel de riesgo y, por lo tanto, adelantarnos y prevenir.

Tras esta primera valoración, **se observará si en la persona se producen otro tipo de señales** (verbales y no verbales), que nos servirán de guía para seguir indagando directa y abiertamente con la persona sus posibles ideas o intención de quitarse la vida.

Conocer y detectar estas señales de riesgo son relevantes para poder aplicar pautas de prevención desde el entorno más cercano. Además, estas señales de alerta podrían ser una petición de ayuda y proporcionan una oportunidad para intervenir rápidamente y prevenir que la persona se suicide.

A continuación, se desarrollan las señales, mediante **manifestaciones verbales y no verbales**, que pueden indicar potencial riesgo de ideación o intención suicida y las estrategias de intervención preventivas.

MANIFESTACIONES VERBALES

De **manera implícita**, con verbalizaciones:

- **"La vida no tiene sentido"**
- **"Estoy muy cansado/a"**
- **"No me quedan fuerzas para luchar"**
- **"No tengo esperanza de que mis problemas se puedan arreglar"**
- **"No tengo ganas de vivir"; "la cosa estaría mejor sin mi"** (o similares).

ESTE TIPO DE VERBALIZACIONES SUELEN DENOTAR SENTIMIENTOS DE DESESPERANZA, DESESPERACIÓN, SOLEDAD Y DESAMPARO, CULPA, VERGÜENZA E IMPOTENCIA.

Además, pueden expresar **"verbalizaciones de cierre" o despedidas, que son significativas en la valoración de riesgo grave de suicidio** y que consisten en despedidas inusuales, verbales o escritas, del tipo:

- **"Siempre te querré"**
- **"Quiero agradecerte lo mucho que me has ayudado en todo este tiempo"**

De manera explícita, **expresando abiertamente sus deseos de quitarse la vida,** manifestándose con distintos grados, mediante los que podremos valorar el nivel del riesgo a que nos enfrentamos:

- **Sin planificación** del método de acción, indica **riesgo de nivel bajo.**
- **Con planificación** de un método, **pero indeterminado,** indica riesgo de **nivel medio- medio/alto.**
- **Con método concreto, pero sin planificación**, indica riesgo de **nivel medio- medio/alto.**
- **Con método específico y planificado,** indica **alto riesgo de suicidio.**

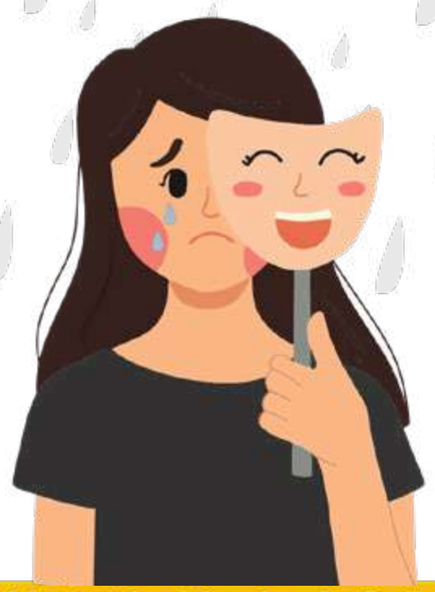
MANIFESTACIONES NO VERBALES (I)

En ocasiones, la persona puede **no verbalizar sus ideas o intenciones suicidas**. Sin embargo, puede **manifestar determinadas conductas** que pueden hacer sospechar la ideación/intención autolítica. Entre ellas destacan:

- Cambio repentino en su conducta habitual.

BIEN, CON AUMENTO DE IRRITABILIDAD, AGRESIVIDAD Y TRANSGRESIÓN DE LÍMITES, O LO CONTRARIO, CON REPENTINA MUESTRA DE CALMA Y TRANQUILIDAD CUANDO ANTERIORMENTE SE MOSTRABA MUY ANGUSTIADA O AGITADA. DEBEMOS PONER ESPECIAL ATENCIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE CALMA REPENTINA, YA QUE PUEDE SER UN SIGNO DE ALTO RIESGO DE INTENCIÓN SUICIDA INMEDIATA.

- Tristeza, apatía, actitud pasiva.
- Retraimiento social, aislamiento.
- Descuido de la apariencia personal.
- Pérdida de placer por actividades que antes disfrutaba.
- Falta de energía.
- Dificultades de atención y concentración.
- Repentinas conductas imprudentes o temerarias.
- Consumo de tóxicos o bebidas alcohólicas de manera inusual.



MANIFESTACIONES NO VERBALES (II)

Asimismo, pueden realizar **"conductas de cierre" que indican alto riesgo de suicidio,** y persiguen **el objetivo de cerrar asuntos pendientes y despedirse de personas significativa** antes de quitarse la vida. Entre ellas destacan:

- Regalar objetos muy personales.
- Preparación de documentos legales (seguros, testamentos, etc)
- Resolver asuntos pendientes.
- Visitar o quedar con personas de manera inhabitual.
- Cerrar cuentas de Redes Sociales.

AL DETECTAR QUE LA PERSONA MUESTRA UNA O VARIAS SEÑALES AL MISMO TIEMPO ES IMPORTANTE RESPONDER CON RAPIDEZ, DIALOGANDO CON LA PERSONA Y PROPORCIONÁNDOLE LA AYUDA Y EL APOYO NECESARIO.

Adquirir y desarrollar la habilidad de detectar indicios o señales de potencial riesgo de ideación o intención suicida **es clave para poder desplegar e implementar** las siguientes **estrategias de intervención** preventiva ante el potencial riesgo de conducta suicida:

- En la medida de lo posible, **facilitar un espacio privado e íntimo para conversar.**
- Mostrar una **actitud de atención, empatía, ausencia de juicio personal** y preocupación sosegada y genuina.
- **Proporcionar acompañamiento** y seguridad.
- Mantener un **escucha responsable y activa.**
- **Preguntar abiertamente y con naturalidad** si en algún momento o actualmente ha tenido pensamientos, ideas o intención suicida.

EN OCASIONES, LA PERSONA NO DICE NADA, PERO REALIZA CIERTAS CONDUCTAS QUE PUEDEN SER SOSPECHOSAS: SILENCIO TRAS LA PREGUNTA, BAJAR LA CABEZA Y/O LA MIRADA, LLORAR, MOSTRAR ANGUSTIA O INQUIETUD, ETC.

- **Interesarse por el estado de ánimo y emocional** para favorecer la libre expresión.
- **Validar sus sentimientos y emociones**, aceptando, aunque no se comparta, que la persona piense o se sienta como lo hace, utilizando frases del tipo:

"Si piensas/sientes (...) no me extraña que estés así"

"Por lo que me cuentas, imagino que te debes sentir muy mal"

"Veo que te sientes muy mal, ¿Hay algo que pueda hacer por ti?, ¿te puedo ayudar de alguna manera?"

- Respetar y sostener los silencios. Estos ayudan a la persona a pensar racionalmente. **Evitar mentiras o promesas que no se puedan cumplir.**
- **Desarrollar un Plan de Seguridad de manera conjunta con la persona en riesgo.** Se trata de un instrumento que identifica a las personas, los lugares, **ideas o acciones que facilitan la superación de la ideación suicida** propia o ajena. **(ANEXO 1)**

SI AFIRMA PENSAMIENTOS O IDEACIÓN SUICIDA (SIN INTENCIÓN INMINENTE):

- Transmitir a la persona que tomamos su situación con la seriedad e importancia que merece.
- Valorar el punto de vista de la persona, para desde ahí desarrollar estrategias de afrontamiento
- **Preguntar si tiene algún plan de suicidio estructurado:**
- Emplear preguntas abiertas y cerradas en vez de aconsejar, es importante que sea la persona la que diga lo que nosotros queremos decirle.

EN CASO NEGATIVO

- DERIVAR A SALUD MENTAL POR VÍA ORDINARIA Y CONTINUAR SEGUIMIENTO.
- PROPORCIONAR RECURSOS TELEFÓNICOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

EN CASO POSITIVO

- DERIVAR A SALUD MENTAL, O PROFESIONAL ESPECIALIZADO, CON CARÁCTER URGENTE Y CONTINUAR SEGUIMIENTO
- PROPORCIONAR RECURSOS TELEFÓNICOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

CUANDO AFIRMA INTENCIÓN SUICIDA

- ACOMPAÑAR AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA VALORACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO POR LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA
- PROPORCIONAR RECURSOS TELEFÓNICOS DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO
- ACEPTAR QUE LA PERSONA HABLE DE SU PLAN DE SUICIDIO.

- LÍNEA DE ATENCIÓN A LA CONDUCTA SUICIDA:
  024
- RED NACIONAL DE PSICÓLOGOS EXPERTOS EN SUICIDIO:
  679278988 / (C/ PRINCESA 81)
- TELÉFONO DE LA ESPERANZA:
  717 003 717

FAVORECER QUE EXPRESE LO QUE PIENSA Y SIENTE PARA HABER LLEGADO A LA INTENCIÓN SUICIDA. CUANTA MÁS INFORMACIÓN SE POSEA SOBRE EL INTENTO DE SUICIDIO Y SUS RAZONES MÁS AUMENTA LA POSIBILIDAD DE DEMORAR LA DECISIÓN Y MEJORES SERÁN LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN QUE SE PUEDAN PROPONER A LA PERSONA.

ANEXO

PLAN DE SEGURIDAD

Diaconía ESPAÑA | PROYECTO ZOÉ

SEÑALES DE ALARMA:

Señales de alarma: consiste en recoger los síntomas (pensamientos, imágenes, estados de ánimo, situaciones, conductas, personas) que me indican que estoy entrando en un estado emocional bajo y de riesgo. Pueden ser muy variados y son únicos para cada persona. Conocerlos te va a permitir pedir ayuda cuando empieza a experimentarlos.

1.
2.
3.
4.
5.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO INDIVIDUALES:

Son aquellas acciones que puedo realizar para mi mismo, actividades que puedo hacer para distraerme y evitar entrar en el bucle ante el pensamiento de autolesión o suicidio, manejar la crisis y sentirme mejor (técnicas de relajación, actividad física, ciertos lugares, música, pasear, mascotas). Estrategias que otras veces me han ayudado.

1.
2.
3.
4.
5.

PERSONAS A LAS QUE PUEDO PEDIR AYUDA Y HABLAR DE LO QUE ME ESTÁ PASANDO:

NOMBRE:	TELÉFONO:
NOMBRE:	TELÉFONO:
NOMBRE:	TELÉFONO:
NOMBRE:	TELÉFONO:
NOMBRE:	TELÉFONO:

ANTE UNA CRISIS DONDE DEBO ACUDIR, PROFESIONALES O AGENTES SOCIALES/SANITARIOS A LOS QUE PUEDO PEDIR AYUDA EN UNA CRISIS:

NOMBRE:	Servicio de Emergencias	TELÉFONO:	112
NOMBRE:	Teléfono de Ayuda	TELÉFONO:	024
NOMBRE:	Centro de Salud	TELÉFONO:	
NOMBRE:	Centro de Salud Mental	TELÉFONO:	
NOMBRE DEL PROFESIONAL:			
		TELÉFONO:	
NOMBRE DE OTRO PROFESIONAL			
		TELÉFONO:	
OTROS:		TELÉFONO:	

BUSCAR RAZONES PARA SEGUIR ADELANTE, RAZONES PARA VIVIR.

Qué me ilusiona o me ha ayudado a superar otros momentos difíciles. Lo más importante para mí y por lo que vale la pena vivir es:

1.
2.
3.
4.

GLOSARIO DE TERMINOLOGÍA

GLOSARIO DE TÉRMINOS SOBRE CONDUCTA SUICIDA

ACTO SUICIDA

Incluye el intento de suicidio y el suicidio.

AMBIVALENCIA EN LA DECISIÓN SUICIDA:

Se refiere a las manifestaciones que tiene la persona que se quiere suicidar con relación a vivir (luchar por resolver sus problemas) y no vivir (acabar con el sufrimiento y matarse) al mismo tiempo. Se refieren, sobre todo, a la segunda fase de evolución de la escalada suicida, cuando todavía la decisión de morir no es firme.

AUTOLESIÓN:

Actos voluntarios deliberados de provocarse dolor, destructivos o lesivos sin intención de morir. Es una conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia implícita o explícita de que la persona no tiene intención de matarse, puede no provocar lesiones graves o producir una muerte autoinflingida no intencionada. Se relaciona con la conducta parasuicida.

AUTOPSIA PSICOLÓGICA:

Reconstrucción del estado mental del presunto suicida en los momentos o días/semanas previas al suicidio para determinar si la muerte se produjo por voluntad propia o no. Se realiza mediante recogida de información con entrevistas a los allegados, revisión de objetos personales o escritos de la persona que presuntamente falleció por suicidio. Es una acción muy frecuente entre las compañías aseguradoras para determinar si la muerte fue accidental o no.

CARTA SUICIDA:

Extensión de la nota suicida, a la expresión pormenorizada de sentimientos y pensamientos de la persona suicida hacia sus allegados o a personas que puedan encontrar el cuerpo o hacer las diligencias correspondientes. Aunque se llame carta, en ocasiones se ha hecho mediante correo electrónico.

CIBERSUICIDIO:

Influencia de la información sobre el suicidio aparecida en internet, en la incidencia de los suicidios entre quienes navegan por este medio de comunicación.

CONDUCTA SUICIDA:

Término colectivo que incluye los pensamientos suicidas, el intento de suicidio y el suicidio

DESESPERANZA:

Esquema cognitivo que tienen algunas personas con afectación importante del estado de ánimo, que se caracteriza por tener expectativas negativas acerca del futuro inmediato o remoto. Se puede medir con la Escala de Desesperanza de Beck.

DUELO:

Es la reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido, es una experiencia cultural universal, subjetiva, que va a requerir una elaboración posterior, cuya duración va a depender de la persona.

EXPERIENCIA SUICIDA:

Este término hace referencia a todo el proceso que vive la persona, abarcando desde la ideación suicida, la planificación suicida, el deseo suicida y la propia conducta suicida. Priorizando el plano emocional de la persona en cuestión, contemplando el pensamiento y la conducta y resaltando el sufrimiento emocional que de ellas se desprende.

IDEACIÓN SUICIDA:

Pensamientos de servir como agente de la propia muerte. La ideación suicida puede variar en gravedad dependiendo de la especificidad de los planes suicidas y del grado del intento suicida.

INTENTO SUICIDA:

Conducta autolesiva con un resultado no fatal que se acompaña por evidencia (explícita o implícita) de que la persona intentaba morir. Expectación subjetiva y deseo de un acto autodestructivo que tenga como resultado la muerte. **TENTATIVA SUICIDA. INTENTO AUTOLÍTICO.**

LETALIDAD DE LA CONDUCTA SUICIDA:

Peligro vital objetivo asociado con un método o acción suicida. Observe que la letalidad es distinta de y puede no siempre coincidir con la expectativa del individuo de lo que es médicamente peligroso.

PLANES SUICIDAS:

Se refiere a la organización por parte del sujeto en pensamiento o en actos sobre la manera concreta (el método) en que desea acabar con su vida.

POSTVENCIÓN:

Función terapéutica en los familiares del suicida, sobrevivientes, tras la muerte del suicida, cuando se empieza a trabajar sobre lo sucedido y se aclaran ciertos aspectos, que les hacen sentirse liberados de la culpa en relación a lo sucedido.

PSICALGIA:

Dolor psicológico (Shneidman), sufrimiento importante a nivel vital que afecta a la persona como un todo, y que puede conducir a que la persona se plantee el suicidio.

RESILIENCIA:

Capacidad de aquellas personas que, sometidas a agresiones con resultado de daño (para muchos irreparable) son capaces de sobrevivir o incluso de poner en marcha estrategias nuevas ante las adversidades. Es un factor protector ante la conducta suicida en el presunto suicida y en los familiares a la hora de elaborar la situación de duelo.

SUICIDIO:

Muerte auto infligida con evidencia (explícita o implícita) de que la persona tiene intención de auto provocarse la muerte.

SUICIDIO CONSUMADO:

Intento de suicidio con resultado de muerte. Es decir, el suicida ha conseguido quitarse la vida como deseaba hacer.

SUPERVIVIENTE:

Persona que sobrevive después de la muerte de otra persona, especialmente familiares o allegados de un suicida que siguen viviendo con las emociones asociadas a la pérdida de la persona que muere por suicidio.

SOBREVIVIENTE:

Persona que ha pasado por una experiencia suicida, sin llegar a consumar el acto.

VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA:

Característica de la persona que le hace encontrarse en una situación en la que puede encontrarse más débil o con menos recursos para afrontar las dificultades vitales, o que realiza interpretaciones de algunos aspectos de su realidad que hacen incrementar el sufrimiento vital.

Achotegui, J. (2008). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Psicopatología y Salud Mental, 11, 15-25.

Achotegui, J. (2004). Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y otros síndromes relacionados con la movilidad. En J. Achotegui (Comp.), Diálogo sobre el Síndrome de Ulises. Congreso “Movimientos humanos y migración”, Foro Mundial de las Culturas, Barcelona.

Agencia para el empleo, Ayuntamiento de Madrid, (2022). Sistematización y recuperación de Buenas Prácticas para el apoyo al empleo de personas migrantes. Disponible en: https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/AgenciaParaElEmpleo/Noticias%20y%20publicaciones/ProyectosEuropeos/Connection/buenas_pr%C3%A1cticas_apoyo_migrantes.pdf

Asociación Provivienda . (2018). Cuando la casa nos enferma. La vivienda como cuestión de salud pública. Madrid. Obtenido de Provivienda: https://www.provivienda.org/wp-content/uploads/Informe-Cuando-la-casa-nos-enferma-II.pdf

Asociación Provivienda . (2019). Cuando la casa nos enferma II: impactos en el bienestar social y emocional. Madrid.

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://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004

Ball, S., Cobb-Richardson, P., Connolly, A., Bujosa, C., & O’Neal, T. (2005). Subtance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. Comprehensive Psychiatry(46), 371-379.

Blakely, T. A., SCD Collings, & J Atkinson. (2003). Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? J Epidemiol Community Health, 594–600.

Castillo Patton, A. E., y Carretero García, C. (2023). Significados del suicidio en la (pos) pandemia: Ambivalencias en el discurso público y de actores cívico-mediáticos en España. RECERCA. Revista De Pensament I Anàlisi, 28(2). https://doi.org/10.6035/recerca.6819

Canetto, S. S., y Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. Suicide Life Threat Behav, 28(1). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9560163/

Calvo-García , F., Giralt Vázquez, C., Calvet Roura, A., & Carbonells Sánchez, X. (2016). Riesgo de suicidio en población sin hogar. Obtenido de Clínica y Salud: https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-salud-364-pdf-S1130527416300238

Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2014). Pobreza, desigualdad y tasa de suicidio en Colombia, 2012. Revista Duazary, 126-130.

Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). Asociación entre desigualdad y tasa de suicidio en Colombia (1994-2013). Obtenido de Revista Colombiana de Psiquiatría: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-asociacion-entre-desigualdad-tasa-desuicidio-S0034745014001036#:~:text=Wu%20et%20al.%2C%20-en%20una,de%20edad%20m%C3%A1s%20j%C3%B3venes31.

Castel, R. (2004). Encuadre de la exclusión. En S. Karsz et al. La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices. Barcelona: Editorial Gedisa, SA.

Castells, M. (2001). La era de la información. El fin de milenio (Vol. 3). Madrid: Alianza Editorial.

Chungah, K., & Youngtae, C. (2017). Does Unstable Employment Have an Association with Suicide Rates among the Young? International Journal of Environmental Research and Public Health(14), 470. doi:10.3390/ijerph14050470

Cummins, I. (2015). The link between unemployment and suicide. Obtenido de World Economic Forum: https://www.weforum.org/agenda/2015/02/the-link-between-unemployment-and-suicide/

Cohen, J. (2008). Safe in our hands?: A study of suicide and self-harm in asylum seekers. Journal of Forensic and Legal Medicine, 2008, 235-244.

Constanza Cañón, B y Carmona Parra, J. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. Rev Pediatr Aten Primaria vol.20 no.80. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000400014

Código Penal. Artículo 3. 23 de noviembre de 1996, (España).
Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. J. (2004).Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 4, 227-244.

Ferrada-Noli, M. (1996). Post-traumatic stress disorder and suicidal behaviour in immigrants to Sweden. [Tesis doctoral, Karolinska Institutet].

FOESSA. (2022). Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España. Madrid: FUNDACIÓN FOESSA.

Fundación Cepaim. (2015). A fuego lento: Cocinando ideas para una intervención grupal con hombres desde una perspectiva de género. Fundación Cepaim. Disponible en: https://cepaim.org/documentos/publi/Gu%C3%ADa-A-fuego-lento-2018-digital_Comprimido.pdf

Gabanes García, Aaron, “Lo que envuelve al refugiado: Generando desplazamientos forzados por medio de violencia”, Estudios Humanísticos, 2014, pp. 185-210.

García Waldman, D. H., & Ortiz Téllez, G. D. (2021). Principales experiencias de refugiados para la formulación de políticas públicas eficientes. Caso Montemorelos, Nuevo León. Revista IUS, 15(47). https://doi.org/10.35487/rius.v15i47.2021.651.

Gesteira, C, et. al (2019), en su estudio “Tendencias de suicidio por género, métodos de suicidio y edad en España entre los años 2005 y 2018”. Ponencia V Congreso Nacional de Psicología.

Goya Morín, D. (2021). Problemática de la vivienda y su impacto en la salud. Obtenido de Universidad de La Laguna: https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/24651/Problematica%20de%20la%20vivienda%20y%20su%20impacto%20en%20la%20salud..pdf;jsessionid=82016340FD47C5B4E8383FB16B4D2109?sequence=1

Gum-Ryeong , P., Grignon, M., Young, M., & Dunn, J. R. (2022). The association between housing cost burden and avoidable mortality in wealthy countries: cross-national analysis of social and housing policies, 2000-2017. Journal of Epidemiology & Community Health.

Hollander, A.-C., et al. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: Cohort study of 1.3 million people in Sweden. BMJ, 2016, 1-87.

Iglesias-García, C., Sáiz, P., Burón, P., Sánchez-Lasheras, F., Jiménez-Treviño, L., Fernández-Artamendi, S., . . . Bobes, J. (2017). Suicidio,desempleoyrecesióneconómicaenEspa ña. Revista de Psiquiatría y Salud Mental(10), 70-77.

Jiron, P., & Despature, I. (2004). Mujeres desplazadas, refugiadas, víctimas de la violencia organizada. El modelo de intervención de Exil. Disponible en: ttp://www.centroexil.org/documentos_adjuntos/MUJERES_DESPLAZADAS.pdf

Joiner, T. E. (2005). Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press.

Lafuente, M., Faura, U., & García, O. (2019). Employment exclusion in Spain: a territorial approach. Applied Economic Analysis, 27(80), 127-149.

Lederer, L. J., & Wetzel, C. A. (2014). The health consequences of sex trafficking and their implications for identifying victims in healthcare facilities. Annals of Health Law, 23, 61.

Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias. 24 de marzo de 2023. BOR Núm 59).

Martín Baró, I. (2006). Hacia una Psicología de la Liberación. Psicología Sin Fronteras. Revista electrónica de intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria, 1(2), 7-14.

Milner A, Page A, & LaMontagne AD. (2003). Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis. PLoS One.

Moreno-Márques, G. (2009). Characteristics and profiles of homeless people in Bizkaia. The challenhe of a diversified attention, 37-57.

Muñoz Sánchez, S., García Jorge, P., García de Fernando García, S., Portabales Barreiro, L., Moreno Fernández, L., Ceverino Domínguez, A., & Polo Usaola, C. (2014). Conducta suicida y crisis económica. Norte de salud mental, 36-43.

Nesterko, Y., et al. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: An epidemiological study. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29, e40. https://doi.org/10.1017/S2045796019000325

Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E., & Kawohl, W. (2015). Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. The Lancet Psychiatry, 2, 239-245.

Noriega, D. (2022). Un estudio concluye que el aumento del precio de la vivienda provoca muertes evitables y más suicidios. El Diario. Obtenido de https://www.eldiario.es/sociedad/estudio-concluye-aumento-precio-vivienda-provoca-muertes-evitables-suicidios_1_9717202.html

Observatorio del Suicidio en España (2023). Suicidio en España 2023: Datos provisionales. Disponible en: https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2022/

Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención del suicidio. Un imperativo legal. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Suicidio. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Organización Mundial de la Salud (2014) Primer informe de la OMS sobre prevención del suicidio. Disponible en: Primer informe de la OMS sobre pre-vención del suicidio (who.int).

Raventós, S. (2017). Suicidios y crisis económica ¿Se puede romper esta relación? Obtenido de SinPermiso: https://www.sinpermiso.info/textos/suicidios-y-crisis-economica-se-puede-romper-esta-relacion

Rosado Millán, M. J., et al. (2014). El suicidio masculino: Una cuestión de género. Prisma Social, (13), 433-491.

Simon, R. I. (2008). Suicide. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & G. O. Gabbard (Eds.), Textbook of Psychiatry (pp. 1637-1654). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Salas, J. (17 de Noviembre de 2021). Las ayudas económicas mitigaron las ideas suicidas en lo peor de la pandemia. El País.

Shneidman, E. S. (2005). Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of suicide. Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation, 2(1), 7–12.

Subirats, J. (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Colección Estudios Sociales, nº16.

Tezanos, J. (1999). Tendencias de dualización y exclusión social en las sociedades. Un marco para el análisis. Madrid: Editorial Sistema.

Toro, P., Tricckett, E., Wall, D., & Salem, D. (1991). Homelessness in the United States. Anecological perspective. American Psychologist, 1208-1218.

Tyler, I. (12 de 05 de 2014). From the shock doctrine to the stigma doctrine. Obtenido de Social Abjection: https://socialabjection.wordpress.com/2014/05/12/from-the-shock-doctrine-to-the-stigma-doctrine-imogen-tyler/

Valverde, P. (2022). Prevenir el suicidio. Una guía para ayudarte a ayudar. Madrid: Almuzara.

Diaconía ESPAÑA | PROYECTO ZOÉ

WWW.DIACONIA.ES

FINANCIADO POR

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030
POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL