



Universidad de Valladolid

Facultad de Educación y Trabajo Social

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL EN LA
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: REVISIÓN
DE PLANES Y GUÍAS DEL SISTEMA
NACIONAL DE SALUD**

Grado en Trabajo Social. Curso 2018/2019

Realizado por: D^a. Leticia Rodríguez Antolín

Tutorizado por: D. Ignacio Rosell Aguilar

Fecha de entrega: 14-06-2019

ÍNDICE

1. Resumen.....	4
2. Introducción/Justificación.....	5
2.1. El suicidio: conceptualización.....	5
2.2. El suicidio como problema de salud pública.....	7
2.3. Factores de riesgo de suicidio.....	8
2.4. Estrategias de prevención del suicidio.....	14
2.5. El papel del trabajo social en la prevención del suicidio.....	18
3. Objetivos.....	25
4. Metodología/Diseño.....	26
5. Resultados.....	28
5.1. Descripción de los diferentes planes y guías de prevención.....	28
5.2. Menciones al trabajo social en los diferentes planes y guías.....	44
6. Conclusiones.....	50
7. Bibliografía.....	52
8. Anexos.....	57

ÍNDICE DE TABLAS

1. Factores de riesgo y factores protectores.....	12
2. Mitos a derribar sobre el suicidio.....	16
3. Planes y Guías de prevención de la conducta suicida.....	28
4. Planes y Guías con mención al Trabajo Social.....	44

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1. Estadísticas de defunción por causa de muerte: causas externas.....	57
2. Estadísticas de suicidio por sexo en los años 2015-2017.....	58
3. Tasa de Suicidio en España en cada Comunidad Autónoma por 100.000 habitantes	60

1. RESUMEN

El suicidio constituye un importante problema de salud pública. La prevención de la conducta suicida es un reto fundamental y el trabajo social puede desempeñar un papel especialmente relevante en esta tarea. En este trabajo de investigación se han recopilado y analizado diferentes planes y guías de prevención del suicidio, editados por los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas españolas y por el Sistema Nacional de Salud, para identificar las principales estrategias y comprobar el papel que se atribuye al trabajo social en este ámbito. Se ha verificado que la profesión de trabajo social con respecto a la prevención del suicidio cuenta, en general, con escasa visibilidad en los documentos analizados. Se concluye que el trabajo social debe hacerse más visible en este ámbito, habida cuenta del amplio abanico de diferentes intervenciones en las que esta profesión puede contribuir a la prevención del suicidio.

Palabras clave: Suicidio. Prevención. Trabajo social.

ABSTRACT:

Suicide is an important public health problem. The prevention of suicidal behavior constitutes a fundamental challenge and social work can play an especially relevant role in this task. In this research work, different suicide prevention plans and guides, edited by the health services of the different Spanish Autonomous Communities and by the National Health System, have been compiled and analyzed, to identify the main strategies and verify the role attributed to social work in this area. It has been verified that, in the field of suicide prevention, the profession of social work with has, in general, little visibility in the documents analyzed. It is concluded that social work should become more visible in this field, given the wide range of different interventions in which this profession can contribute to the prevention of suicide.

Keywords: suicide, prevention, social work.

2. INTRODUCCIÓN- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

2.1. El suicidio: Conceptualización

La conceptualización del suicidio es variable y compleja, en función de diferentes referencias y autores. El diccionario de la Real Academia Española (2001)⁴⁷, en su 23ª edición define el suicidio en su primera acepción como la “acción y efecto de suicidarse”, y define suicidarse como “quitarse voluntariamente la vida”.

La Organización Mundial de la Salud (1986)⁴⁰ define el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo y esperando su resultado letal, y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. (Bille Brahe U, 1998)⁶

De acuerdo con la definición propuesta por Rojas (1984)⁵⁰, citada por Echávarri (2010)¹⁶, se entiende por suicidio “aquella conducta o conjunto de conductas que, dirigidas por el propio sujeto, conducen a la muerte (suicidio consumado) o a una situación de gravedad mortal (suicidio frustrado) bien de forma activa o pasiva”.

Nizama (2011)⁵⁸ considera el suicidio, como “el acto autoinfligido para causarse la muerte de manera voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente el deseo suicida y la idea suicida”. Por su parte, Aláez (2013)¹ habla de suicidio como el acto que realiza una persona para eliminar su vida, sea cual sea el modo elegido, en ocasiones de manera cruel. La forma de realizar el proceso suele tener unas líneas comunes en todos los casos. Conociéndolas, se puede prever el hecho. Siguiendo a este último autor, el suicidio puede clasificarse según su voluntariedad en:

- Voluntario: el sujeto piensa bien lo que desea hacer, lo planifica y lo lleva a cabo.
- Intencional: el sujeto no planifica. La coyuntura del momento lo dirige a quitarse la vida y puede llegar a un intento fallido.

- Imprudente: el sujeto no tiene intención de quitarse la vida, pero comete algún exceso o se produce por accidente.

Las fases del pensamiento suicida según Aláez (2013)¹ son 6:

- Fase ideativa: la persona recibe el impacto emocional negativo que le lleva a pensar en el suicidio. No descarta el hecho ni la posibilidad de su comisión.
- Fase deliberativa: el sujeto sigue recibiendo estimulación negativa. No busca ayuda, o si la busca no se le ofrece de modo efectivo. Puede ocurrir que la persona tampoco ofrezca los datos suficientes para poder ser ayudada por miedo o vergüenza. El caso es que comienza a tomar el suicidio como su última posibilidad.
- Fase decisiva: el individuo decide llevar a cabo el hecho y paradójicamente, ello le tranquiliza. Tras haber luchado contra sí mismo, se ve inducido a poner en práctica el suicidio y a llevarlo a cabo, le guste o no. Aquí aún se puede frenar a la persona y prestarle ayuda. La persona siempre va dando muestras de que no desea hacerlo y, en ocasiones, lo anuncia.
- Fase dilatoria: el sujeto tiene la esperanza de que ocurra algo que pueda disuadirle de cometer el hecho, aunque con frecuencia ello no sucede. Entonces va alargando el plazo de la comisión.
- Fase operativa: el individuo va preparando su muerte y dejando arreglados todos los asuntos para cuando no se encuentre en este mundo. En esta fase es común que las personas cercanas piensen que ocurre algo extraño, pero no sospechan el qué.
- Fase ejecutiva: el sujeto lleva a cabo su idea el acto suicida en sí.

Pierre Moron, (1992)³⁹ en su libro; *El suicidio ¿Qué es?* plantea una cuestión a analizar:

“¿Cuántos suicidios, en efecto, debido a diferentes imperativos o bien a tabúes familiares o sociales, están considerados como meros accidentes? ¿Cuántas tentativas no se toman como tal? La cantidad de suicidios declarados anualmente es muy inferior a la real”

2.2. El suicidio como problema de salud pública

El suicidio representa un problema de salud pública especialmente relevante. En lo que se refiere a su frecuencia y gravedad, cabe destacar que es el tipo de muerte violenta que más fallecimientos causa a nivel mundial, con cerca de 1.000.000 de defunciones al año. Se estima que, en promedio mundial, cada año se suicidan cerca de 15 personas por cada 100.000 habitantes. A ello deben sumarse los aún más frecuentes intentos suicidas, finalmente no consumados. Si a estas cifras de frecuencia y gravedad sumamos la posibilidad de prevención, el suicidio reúne todos los criterios básicos para ser considerado una prioridad en salud pública.

Según la Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida del Sistema Nacional de Salud (2012)³⁷ “el suicidio representa un grave problema de salud pública a nivel mundial, con una magnitud que alcanza un millón de muertes al año” de ahí la importancia de adoptar medidas y estrategias destinadas a reducir la conducta suicida.

De acuerdo con las cifras recogidas por la OMS (2014)⁴¹ en su artículo “Prevención del suicidio”, en los últimos 45 años las tasas de suicidio se han incrementado hasta un 60% a nivel mundial. El suicidio es una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países, y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años; y estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

También la OMS (2014)⁴¹ menciona que en los países ricos se suicidan tres veces más hombres que mujeres, pero en los de ingresos bajos y medianos la razón hombre-mujer es mucho menor, de 1,5 hombres por cada mujer. A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas en hombres y un 71% en mujeres. No existe una explicación única que responda a la pregunta de por qué la tasa de suicidios en hombres es más alta que en mujeres, aclarando que “ningún factor es suficiente para explicar por qué se suicida una persona”.

Los datos recogidos por Fundación Salud Mental España (2016)⁴² permiten asegurar que, en España, el suicidio es la primera causa de muerte no natural, en cifras supera a los accidentes de tráfico y es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años.

Las estadísticas oficiales del INE (Instituto Nacional de Estadística) muestran que el suicidio presenta la tasa más alta de muerte por causas externas en España, por delante de otras como accidentes de tráfico, caídas accidentales, homicidios, ahogamientos, sumersión y sofocación accidentales (Gráfico 1)²⁷. En el año 2015 se produjeron en España 3.602 suicidios, de los cuales 2.679 fueron cometidos por hombres y 923 por mujeres. En el año 2016, se produjeron 3.659 suicidios, es decir, una cifra promedio de 9,8 suicidios al día, lo que equivale a una muerte cada dos horas y media. En 2017, último año con estadísticas disponibles hasta la fecha, se produjeron 3.631 suicidios: 2.676 suicidios de hombres y 955 de mujeres. El año con más índice de suicidios fue el 2016, el año en que más hombres se suicidaron fue 2015 y el año en el que más mujeres se suicidaron ha sido 2017 (Gráfico 2)²⁸.

Finalmente cabe comentar, con respecto a las tasas de suicidio por 100.000 habitantes en cada Comunidad Autónoma (Observatorio del Suicidio, 2016)⁴² que las mayores tasas se registran en Galicia (11,08) y Asturias (10,89), mientras que las menores corresponden a Madrid (4,73), Ceuta (5,52) y Melilla (2,45). La tasa promedio de suicidios en España es de 7,46 por 100.000 habitantes.

2.3. Factores de riesgo de suicidio

Existen diferentes formas de agrupar y presentar los factores de riesgo de la conducta suicida. Uno de ellos es el denominado “modelo ecológico”, empleado en el informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (2002)²⁹, y que puede ser aplicado al suicidio como “forma de comportamiento violento contra la propia vida”. Este modelo clasifica en 4 niveles los factores que influyen en el comportamiento: individuo, relaciones, comunidad y sociedad:

En el primer nivel, de individuo, se incluyen factores relacionados con la enfermedad mental (depresión, adicciones), enfermedad física, sexo, o las edades de transición (adolescencia, edad adulta, vejez). En el segundo nivel, relacional, se incluyen factores como la presencia de antecedentes familiares, o los problemas en la interacción con personas próximas. El tercer nivel, de comunidad, incluye factores de especial relevancia en el trabajo social, como el escaso apoyo y red social, o el desempleo, entre otros. Finalmente, el último nivel, de sociedad, está relacionado con factores globales como el acceso a armas, la tolerancia social ante el suicidio o el tratamiento en los medios de comunicación.

Como menciona Rocamora (2010)⁴⁸, y de acuerdo con los criterios establecidos por Giner Jiménez et al. (2011)³³, los factores de riesgo de la conducta suicida se dividen clásicamente en dos grupos. Por una parte, aquellos que pueden considerarse más “inmodificables”, que incluyen factores como edad, sexo, factores genéticos, creencias religiosas o la conducta suicida previa; y, por otra parte, los factores más modificables, como son los relacionados con factores de enfermedad física o mental, en cierta medida.

También los factores protectores según Rocamora, (2010)⁴⁸ pueden ser de dos tipos: propios del individuo y propios del entorno. Entre los primeros podemos incluir las actitudes, valores y normas introyectadas contra el suicidio, las habilidades sociales, el manejo de la ira y la capacidad de resolución de problemas. También, el temor al dolor, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima, las estrategias de afrontamiento adecuadas y la alta resiliencia. Entre los factores ambientales o propios del entorno podemos señalar los siguientes: la existencia de una red social y familiar adecuada, la accesibilidad a los dispositivos de salud, un ambiente estable y las restricciones a la adquisición de armas o medicamentos potencialmente letales. El desequilibrio entre los factores de riesgo y factores protectores provocará la posibilidad o no de que se produzca la conducta suicida.

De acuerdo con la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida en el Sistema Nacional de Salud (2012)³⁷ “la identificación de los factores que aumentan o reducen el nivel de riesgo suicida es de gran relevancia, puesto que guarda

relación con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta de forma proporcional según el número de factores presentes”.

Finalmente, siguiendo a Sarasola et al. (2016)⁵³, entre los diversos factores que aumentan el riesgo de suicidio pueden distinguirse factores de riesgo individuales, familiares-contextuales, y otros.

Los factores de riesgo individuales incluyen:

- **Trastornos mentales:** El suicidio está asociado con frecuencia a la presencia de trastornos mentales. El principal trastorno mental que aumenta el riesgo de suicidio es la depresión, pudiéndose incluir también muchos otros.
- **Factores psicológicos:** la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la desesperanza, la dificultad de resolución de problemas, y el perfeccionismo, la desesperanza y la rigidez cognitiva.
- **Intentos previos de suicidio e ideación suicida:** La ideación suicida y la presencia de planificación aumentan considerablemente el riesgo de suicidio.
- **Edad:** Los momentos con más riesgo de intentos y de suicidios consumados a lo largo de la vida son la adolescencia y la edad avanzada. Las personas mayores son los que muestran las tasas más elevadas de suicidios, usan métodos más letales.
- **Sexo:** En líneas generales, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio.
- **Enfermedad física o discapacidad:** El dolor en una enfermedad crónica, la pérdida de movilidad, la desfiguración, así como otras formas de discapacidad o un mal pronóstico de la enfermedad (cáncer, sida, etc.), se relacionan con mayor riesgo de suicidio.

Por su parte, los factores de riesgo familiares y contextuales incluyen:

- Historia familiar de suicidio: Los antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo de conducta suicida, especialmente en el género femenino y si se produjo en un familiar de primer grado.
- Eventos vitales estresantes: Situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida.
- Factores sociofamiliares y ambientales: no contar con apoyo sociofamiliar, nivel socioeconómico, educativo y situación laboral (pérdida de empleo, pobreza).

Por último, en el grupo de “otros factores de riesgo” cabe incluir otros como el acoso por parte de iguales, o bien el fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos.

En lo que se refiere a los factores protectores de suicidio, que según la Guía de práctica clínica del SNS (2012)³⁵ “son aquellos que disminuyen la probabilidad de suicidio y su presencia es de vital importancia para conservar la vida de las personas”, cabe diferenciar entre factores personales, familiares y sociales. Entre los factores personales se pueden incluir la habilidad para resolver conflictos o problemas, tener confianza en uno mismo, buenas relaciones sociales e interpersonales, alta autoestima, buenas habilidades de comunicación, hábitos saludables de vida, así como ciertas creencias religiosas o espiritualidad.

Los factores familiares, por su parte, incluyen aspectos como tener descendencia y el apoyo familiar; mientras que los factores sociales hacen referencia a disponer de servicios eficaces de salud mental, la integración social, o la disponibilidad de tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con enfermedad mental, física o abuso de alcohol u otras drogas.

En la siguiente tabla, a través de la información integrada de diversas fuentes^{11,26,37}, se mencionan los principales factores de riesgo y protectores en relación a la conducta suicida agrupados en diferentes niveles:

Tabla 1: Factores de Riesgo y protectores de suicidio (Elaboración propia):

	FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
FACTORES INDIVIDUALES	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedad mental -Factores psicológicos -Intentos previos de suicidio -Adolescencia -Jubilación -Sexo masculino (debido al alto índice de suicidio respecto al sexo femenino) -Enfermedad física o Discapacidad -Enfermedades crónicas -Abuso de alcohol, drogas -Aislamiento -Situaciones estresantes -Acceso a fármacos -Orientación sexual -Exclusión 	<ul style="list-style-type: none"> -Autoestima -Buenas relaciones sociales -Estabilidad emocional -Capacidad para resolver problemas y conflictos -Valores positivos -Hábitos de vida saludable -Nivel educativo -Motivación -Aceptación de orientación sexual -Disponer de red de apoyo
FACTORES FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> -Historia familiar -Eventos vitales estresantes -Factores sociofamiliares; etnia, religión, nivel educativo, nivel económico, apoyos sociales, relación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> -Estabilidad en la pareja -Buena relación con la familia -Apoyo familiar -Tener hijos -Familia unida -Saber afrontar problemáticas -Fortaleza ante cambios

<p>FACTORES FAMILIARES <i>(continúa)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> -Violencia de género, violencia familiar -Antecedentes de alcohol, drogas -Familias desestructuradas -Familia inexistente -Abuso sexual -Desamparo -Pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> -Empatía
<p>FACTORES SOCIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Tensión social -Cambios socioeconómicos -Pérdidas personales -Problemas sociales -Pérdida de empleo -Catástrofes -Desarraigo -Vulnerabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> -Integración social -Disponer y recibir servicios eficaces en materia de salud -Apoyo social -Empoderamiento

2.4. Estrategias de prevención del suicidio

Las estrategias de prevención ante los diferentes problemas de salud se han clasificado clásicamente en tres niveles según indica Piédrola Gil (2015)⁴⁶: prevención primaria, secundaria y terciaria.

Las actividades de prevención primaria son el conjunto de actuaciones dirigidas a impedir o disminuir la probabilidad de aparición de un determinado problema. Se dirigen por tanto a reducir la incidencia de la enfermedad, actuando sobre los factores de riesgo. Dentro de la prevención primaria, algunos autores emplean el término “prevención primordial” para referirse a las actuaciones centradas en los determinantes sociales de la salud, como la reducción de inequidades o la erradicación de la pobreza, que permitirían evitar una gran parte de la carga de enfermedad en las poblaciones.

En el ámbito específico del suicidio, pueden considerarse medidas de prevención primaria todas aquellas que actúan sobre los factores de riesgo modificables de la conducta suicida, tanto a nivel individual como social. Dentro de los factores individuales tienen especial relevancia los relacionados con la enfermedad mental (depresión, trastornos de ansiedad, adicciones, trastornos de personalidad...) pero también otros como la presencia de enfermedad física o el acceso a armas y medios lesivos. Los factores sociales incluyen desde aquellos relacionados con el tratamiento del suicidio en los medios de comunicación hasta los más susceptibles de prevención primordial como el nivel socioeconómico, situación laboral y nivel educativo, entre otros. Una adecuada actuación sobre todos estos factores, en los que en buena medida se involucra el trabajo social, constituye al mismo tiempo una estrategia de prevención de la conducta suicida.

Las actividades de prevención secundaria son, de forma clásica, aquellas dirigidas a detener la evolución de una enfermedad mediante actuaciones desarrolladas en la fase preclínica, y que por ello permiten detectar precozmente el proceso patológico y poner en práctica las

medidas necesarias para impedir su progresión. El núcleo fundamental de este nivel de prevención lo constituyen los programas de cribado, tamizado o “screening”.

Un cribado es “un proceso que permite seleccionar a aquellas personas que tienen un alto riesgo de una enfermedad o condición clínica”. Cabe destacar que un cribado no es una valoración diagnóstica definitiva y que los individuos que dan positivo deberán someterse a pruebas diagnósticas que confirmen la enfermedad o condición para recibir el tratamiento oportuno. Se diferencian dos métodos de cribado: el *cribado universal*, que se aplica a toda la población sin tener en cuenta la presencia de factores de riesgo o síntomas, y el *cribado selectivo* en el que se aplica únicamente en aquellas personas que presentan determinados factores de riesgo o una serie de síntomas o signos particulares.

En el ámbito de la prevención secundaria del suicidio, no existe suficiente evidencia a favor de implantar programas de cribado universal, a toda la población. Sin embargo, hay evidencias a favor de la recomendación del cribado selectivo en determinados grupos poblacionales o situaciones, en particular en adolescentes con presencia de factores de riesgo (trastornos depresivos, consumo de alcohol, impulsividad...) o que presenten factores de estrés asociados (ruptura de relación, embarazo no deseado, exposición a casos de suicidios o intentos, etc....). También se recomienda el cribado de depresión como estrategia de prevención secundaria en personas mayores, y asimismo puede ser relevante en determinadas situaciones de estrés personal y familiar como las que a menudo concurren en los usuarios de los servicios sociales, lo que viene a poner de manifiesto la relevancia que puede llegar a adquirir el trabajo social en este ámbito.

Finalmente, las actividades de prevención terciaria son aquellas que se establecen cuando el problema de salud ya se ha producido, y se dirigen a aminorar sus consecuencias, favorecer la rehabilitación, reinserción y mejora en la calidad de vida de las personas afectadas. En el ámbito del suicidio, evidentemente no puede hablarse de prevención terciaria tras el suicidio consumado, pero existe un importante margen de actuación en las personas que han presentado intentos suicidas, y también las actuaciones de apoyo a las familias en las que se han producido casos pueden considerarse relevantes en este ámbito.

El fallecimiento a causa de un suicidio supone una situación de gran impacto vital en sus familiares y allegados (para quienes se emplea habitualmente el término de “supervivientes del suicidio”) que, en comparación con la población general, además de un mayor riesgo de trastornos como la depresión o el trastorno por estrés postraumático, presentan un incremento de entre dos y diez veces del riesgo de suicidio.

Tras un intento suicida se recomienda realizar siempre una adecuada evaluación psicopatológica y social que incluya las características psicológicas y contextuales de la persona, así como una evaluación de los factores de riesgo y de protección de conducta suicida. Del mismo modo, se recomienda que los profesionales expliquen a la persona y a sus allegados el objetivo de la evaluación y su finalidad, y que traten de implicarlos como parte activa del proceso terapéutico y preventivo. Para ello es muy importante dar a conocer las señales de alerta (Anexo general 1) y las instrucciones a seguir para saber como actuar en caso de conducta suicida (Anexo general 2).

Una de las maneras más eficaces de prevención es eliminar los falsos mitos que rodean al suicidio, ya que son signos predominantes que avisan al entorno de qué algo no va bien y a los que se debe prestar especial atención.

La OMS (2014)⁴¹ desarrolla una serie de mitos a derribar sobre el suicidio:

Tabla 2: Mitos a derribar sobre el suicidio:

MITO	REALIDAD
La gente que habla sobre el suicidio no lo hace.	Estas personas pueden estar buscando ayuda o apoyo, un número significativo de personas que contemplan la posibilidad del suicidio están experimentando ansiedad, depresión o falta de esperanza, sintiendo que no hay otra salida.

<p>La mayoría de los suicidios ocurren sin advertencia previa.</p>	<p>La gran mayoría son precedidos de signos de advertencia, ya sean signos verbales o no verbales, existen también suicidios que ocurren de manera imprevista, pero es muy importante detectar las señales de alerta</p>
<p>Un suicida está determinado a morir.</p>	<p>Por el contrario, los suicidas a menudo son ambivalentes entre vivir y morir. El acceso al apoyo emocional en el momento correcto puede ser una buena forma de prevención.</p>
<p>Una vez que alguien intenta suicidarse, siempre va a seguir teniendo esa tendencia.</p>	<p>El riesgo de suicidio es a menudo de corto plazo, debido a situaciones concretas. Los pensamientos suicidas pueden volver, pero estos no son permanentes y las personas pueden salir adelante</p>
<p>Solo las personas con desórdenes mentales tienen tendencias suicidas.</p>	<p>Los comportamientos suicidas indican infelicidad, pero no necesariamente desórdenes mentales. Muchas personas con trastornos mentales no son afectadas por este comportamiento, y no todas las personas que se quitan la vida sufren enfermedad mental.</p>
<p>Hablar del suicidio es una mala idea porque puede ser interpretado como un estímulo a hacerlo.</p>	<p>Hablar abiertamente puede dar a las personas otras opciones o tiempo para poder prevenir la situación.</p>

2.5. El papel del trabajo social en la prevención del suicidio

Como se ha visto en apartados anteriores de este texto, la prevención de la conducta suicida constituye un reto fundamental y el trabajo social es una profesión especialmente relevante en esta tarea.

El trabajo social busca fomentar el cambio social, empoderar a la persona, satisfacer sus necesidades y promover a la mejora de su bienestar social. El apoyo y la red social es algo fundamental en la vida del individuo, es una forma de equilibrio entre la persona y su entorno que ayuda en el progreso.

El Comité Ejecutivo de la Federación internacional de Trabajadores Sociales y la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (2014)⁹ definen el trabajo social como:

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

La exclusión social que puede generar una determinada situación, puede ser el grave desencadenante del Suicidio, por lo que es importante destacar la figura del Trabajo Social en este tema, tratándose de una profesión que dispone de recursos y herramientas necesarias para facilitar la reducción de la conducta suicida. Según el Consejo General de colegios oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes sociales (2001)¹⁸ las funciones del trabajador/a social son varias, en relación al tema del suicidio se pueden incluir las siguientes:

1. **Función preventiva:** Se trata de la actuación precoz sobre las causas que generan problemáticas individuales y colectivas, derivadas de las relaciones humanas y del entorno social. En estas funciones se elaboran y ejecutan proyectos de intervención en grupos de población en situaciones de riesgo social y carencia de aplicación de derechos humanos. En relación a la prevención de la conducta suicida es una de las funciones más importantes, cuyo fin es reducir el riesgo en la problemática que presente la persona a través de los recursos/herramientas que mejor se ajusten a sus necesidades.

2. **Función de atención directa:** Atención de individuos o grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas sociales, potenciando así el desarrollo de sus capacidades para ayudar a afrontar la situación. La actuación cara a cara con la persona afectada puede ser clave en la prevención suicida a la hora de detectar signos que permitan al profesional anticiparse a los hechos y encontrar soluciones.

3. **Función de planificación:** Acción de ordenar y conducir un plan de acuerdo con unos objetivos propuestos, mediante el análisis de la realidad y las posibles evoluciones. En el contexto del suicidio, esta función debe permitir planificar herramientas/recursos en función de la necesidad, determinando la fase de la conducta suicida en la que se encuentra inmersa la persona.

4. **Función de promoción:** Actuaciones encaminadas a restablecer, conservar y mejorar las capacidades, la autodeterminación y el funcionamiento individual y colectivo, diseñando e implementando políticas sociales que favorezcan la creación y reajuste de servicios y recursos adecuados para la cobertura de necesidades sociales. Esta fase es muy importante a la hora de mostrar a la persona todo lo que posee y puede mejorar, tanto a nivel individual como a nivel de redes sociales,

5. **Función de mediación:** Cuyo fin es posibilitar que los propios implicados logren la resolución del problema. En esta fase el trabajador social actúa como mediador, ayudando a la persona y su entorno a saber manejar y afrontar el problema y darle solución sin necesidad de intervención social.

6. Función de supervisión: Ejercer control junto con el equipo multidisciplinar. Una vez detectada la conducta suicida, estudiado el caso y visualizado peligro en la vida de la persona, el trabajador social junto al equipo multidisciplinar debe supervisar como es la evolución de la persona, intentado en todo momento la prevención.

7. Función de evaluación: Contrastando resultados obtenidos, objetivos propuestos, técnicas y tiempos empleados, indicando los errores y permitiendo nuevos objetivos y nuevas formas de conseguirlos, para poder mejorar en futuras intervenciones y no cometer errores, contribuyendo así a disminuir la conducta suicida.

8. Función gerencial: Responsabilidades de planificación, organización, dirección y control de programas y servicios sociales, con el fin de mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida de las personas y contribuir a incrementar su bienestar.

El principal método que emplean los trabajadores sociales a la hora de trabajar con personas es la *Intervención*, que según el Diccionario de Trabajo Social elaborado por Ezequiel Ander-Egg, (1995)¹⁷ se define como:

Proceso sistemático y coherente que se orienta fundamentalmente en la modificación/transformación de alguna problemática social que puede ser de orden individual, institucional o colectivo, siendo una acción específica del Trabajador Social con relación a los sistemas o procesos humanos para producir cambios que desarrollen la capacidad de reacción e iniciativa del usuario para motivarlo a recuperar su propia capacidad de llevar a cabo sus propias acciones, de emprender actividades que sirvan para eliminar las causas de su situación de malestar.

Y más en concreto, la intervención social, se define como:

Proceso sistemático y coherente que se lleva a cabo frente a problemáticas sociales no resueltas, que se desarrolla a través de acciones con carácter de educar y generar procesos organizativos, que llevan implícitos una ideología orientada fundamentalmente a la modificación y transformación de las maneras de ver, actuar y sentir de los individuos en su inserción social. Existe modalidades de intervención, ya sea desde arriba, por medio de

organismos de planificación y del orden institucional o desde abajo, propiciada por las organizaciones comunitarias de base. (Heinz. K, 2001)²⁵.

Con todo ello se pretende el fin de bienestar mediante la investigación social, entendida como aplicación sistemática de estrategias lógicas y técnicas de observación con el propósito de desarrollar, modificar y expandir conocimientos sobre fenómenos sociales, y el cambio social, es decir, la transformación, diferencia o alteración observable a lo largo del tiempo, amplia y permanente, no necesariamente irreversible, de las propiedades, el estado o la estructura de una determinada sociedad, o de las relaciones que se dan entre los macro sistemas que la conforman ya sea en la esfera económica, política, cultural, o en una o más instituciones de las vinculadas a éstas. (Montoya. G et al. 2002)³⁸

En la conducta suicida los trabajadores sociales se enfrentan a situaciones de crisis, que podemos interpretar como disturbio en situación coyuntural, provocado o precipitado por un problema percibido o un obstáculo hacia una meta importante, que provoca un desbalance interno para el cual no son suficientes los mecanismos disponibles que se han utilizado en momentos similares de resolución. La crisis demanda un tipo de intervención inmediata que plantea al menos la posibilidad de la Reconceptualización y la recomposición de los elementos que la configuran. (Ezequiel, A. 1995)¹⁷.

El suicidio puede ser el desencadenante de diversas situaciones de crisis, y es relevante la necesidad de implicación del Trabajo Social en este tema, ya que es una profesión que dispone de recursos y herramientas que pueden facilitar la disminución de la conducta suicida, contribuyendo en la prevención, identificando los factores de riesgo que puedan llevar a una persona a tener conductas o ideaciones suicidas a través del trabajo en red y la coordinación con otros profesionales. Además, el trabajador social también puede intervenir en el proceso de duelo con familiares, amigos y allegados de aquella persona que decidió acabar con su vida.

En el ámbito sanitario, Ituarte (2009)³⁰ define el Trabajo Social Sanitario como: “la actividad profesional que investiga e interviene en los factores psicosociales que inciden en el proceso

salud-enfermedad y en el tratamiento de problemas surgidos debido a las situaciones de enfermedad.”

Dolors Colom (2002)⁸ afirma que: “El Trabajo Social Sanitario es el apoyo profesional que garantiza la continuidad asistencial. Considera no sólo las necesidades sanitarias que vienen determinadas por el médico y la enfermera, sino las posibilidades sociales que harán posible el seguimiento terapéutico”

Los Trabajadores sociales desempeñan su actividad profesional en diversos ámbitos de actuación y ante situaciones de necesidad social, riesgo o problemáticas cuyo espacio está definido por el objeto específico y las funciones propias de la profesión. Dentro del campo profesional abarcan diferentes estructuras sociales y laborales; Servicios sociales de atención pública o privada, servicios sociales educativos, de salud, de prevención de la delincuencia, de actuación ante Tribunales, ONGs y servicios de voluntariado...

En Atención Primaria según la Ley 11/2003 de 27 de marzo de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid³⁵, en el artículo 31 se establece que una de las funciones más importantes del Trabajador social es *“identificar y captar poblaciones en riesgo para el desarrollo de campañas y acciones de carácter preventivo”*. En este contexto, la posibilidad de establecer campañas bien diseñadas podría ser factor clave en la prevención de la conducta suicida, ayudando a reducir el riesgo en muchas personas y contribuyendo así a lo que dicta el artículo 8 de la Ley 2/1998, de 4 de abril de Servicios Sociales de Andalucía³⁴: *“Promoción y desarrollo pleno de individuos, grupos y comunidades, potenciando las vías de participación para la toma de conciencia, búsqueda de recursos y solución de problemas, dando prioridad a aquellas necesidades sociales más urgentes”* ayudando de esta manera a visibilizar que el Suicidio no es un caso aislado y que necesita repercusión para poder reducir la conducta y con ella el número de suicidios consumados.

En el ámbito del Trabajo Social Sanitario existen una serie de funciones, nombradas en el Documento-consenso de las funciones del Trabajo Social en Castilla y León que pueden

desarrollarse en distintos campos y áreas de atención. En torno a la prevención de la conducta suicida se podrían incluir las siguientes:

1. Identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionadas con la salud de los individuos, familias y comunidad, en este caso los signos que preceden a la conducta suicida.
2. Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad como parte del trabajo en equipo, para poder llevar a cabo una correcta intervención y con la ayuda de otros profesionales del equipo multidisciplinar reducir el riesgo suicida.
3. Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, la familia y a la comunidad. El riesgo suicida afecta sobre todo a la persona que tiene esas ideaciones, pero también a su familia y a su entorno quienes tienen que convivir con esta situación y muchas veces no saben cómo afrontarla.
4. Fomentar la participación de profesionales de salud en actividades comunitarias que corresponsabilizan a la ciudadanía en la creación de entornos más saludables, de manera que ayuden a reducir el riesgo de suicidio.
5. Participar y fomentar actividades de promoción y prevención de la salud, dirigidas a individuos, familias y colaborar en proyectos de investigación relativos a la salud y factores psicosociales. Ayudando de esta manera a poder prevenir otros casos similares y aumentando los factores que benefician a la persona, permitiéndola así alejarse de las ideaciones suicidas y viendo más caminos.

Finalmente cabe mencionar la reflexión de Rocamora, (2013)⁴⁹ acerca de la necesidad de reforzar el vínculo familiar y social, ya que argumenta que “la respuesta a la situación conflictiva de la persona es la autodestrucción, por lo tanto, lo definitivo en el suicidio, no es el factor desencadenante (muerte, separación, pérdida, enfermedad, etc.) sino el desajuste entre ese factor y las posibilidades de integración del individuo”. Este tendrá más capacidad de soportar la adversidad en tanto en cuanto se sienta más arropado por el grupo

familiar, social o laboral. A la inversa, cuanto más desintegrado se encuentre un grupo, más posibilidades existen de que el suicidio se contemple como una alternativa favorable y “saludable”. En este aspecto, el Trabajo social cumple un papel fundamental, ya que como afirma Barranco (2002)⁵: “la intervención en Trabajo Social está centrada tanto en la persona como en el medio social” lo que supone que el medio social de la persona puede ser un gran factor de equilibrio en la conducta suicida y es precisamente el Trabajo social quien se encarga de interaccionar tanto con la persona como con su entorno, para conseguir la respuesta más adecuada a la necesidad que se demanda.

3. OBJETIVOS

Este trabajo de investigación parte del convencimiento de que el Trabajo Social es una profesión de vital importancia en la prevención de la Conducta Suicida, la cual debería ser valorada y considerada en todos los aspectos clave que manejan esta situación, para contribuir de esta manera a reducir el riesgo y a visibilizar a otras personas en la misma situación que existen salidas y soluciones. Por ello, se considera que la presencia del Trabajo Social debería tener un peso fundamental en las guías/planes de prevención del suicidio del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

Los objetivos de este estudio son:

1. Enumerar y describir las referencias al papel de los trabajadores sociales en la prevención del suicidio, en las diferentes estrategias, planes, programas, procesos y guías de práctica clínica del sistema nacional de salud (tanto Ministerio de Sanidad como servicios de salud de las CCAA).
2. Analizar las menciones y potenciales exclusiones del papel del trabajo social en la prevención del suicidio, en los referidos documentos

4. METODOLOGÍA: DISEÑO DEL ESTUDIO

El trabajo desarrollado consiste en un estudio descriptivo y análisis del contenido de documentos estratégicos, programas y guías de práctica clínica relativas a la prevención de la conducta suicida, cuyo ámbito de aplicación es el del conjunto del Sistema Nacional de Salud de España o el de los sistemas públicos de salud de las diferentes Comunidades Autónomas.

Se efectuó una búsqueda bibliográfica en la Biblioteca Sanitaria On-line del portal de salud de la Junta de Castilla y León en internet, con los términos “suicidio” y “prevención”, limitada a publicaciones con revisión por pares, en idioma español y con fecha de publicación posterior al año 2000. Se seleccionaron los documentos que fueron considerados más adecuados para disponer de un marco de referencia para los objetivos del estudio, sin perjuicio de la disponibilidad de otros materiales bibliográficos previos.

Asimismo, se efectuó una búsqueda en internet, mediante los programas buscadores “Google” y “Google académico”, de los documentos estratégicos, procesos y guías de práctica clínica que pudieran ser objeto de análisis. Los términos buscados combinaron los términos: “suicidio”, “prevención”, “guía”, “plan”, “estrategia” y “programa”, junto con las denominaciones oficiales de todas las Comunidades Autónomas y ciudades autónomas españolas.

Se seleccionaron aquellos documentos accesibles consistentes en estrategias, planes, programas y/o guías de práctica clínica, relativos a la prevención de la conducta suicida en el sistema sanitario público. Se revisó la bibliografía de cada uno de los documentos seleccionados, en busca de otros documentos similares.

En el caso de Comunidades Autónomas en los que no se hallaron documentos de estos tipos en la búsqueda inicial, o bien con fecha de edición anterior al año 2010, se exploraron los portales oficiales de los sistemas públicos de salud en internet, en busca de posibles actualizaciones.

Se efectuó lectura exhaustiva de todos los documentos seleccionados, y en particular se llevó a cabo una recopilación de todas las menciones a los términos “trabajo social”, “trabajador/a social” y “trabajadores sociales” en cada uno de los documentos analizados.

5. RESULTADOS

5.1. Descripción de los diferentes planes y guías de prevención

En las diferentes Comunidades Autónomas españolas se han elaborado distintos documentos estratégicos y guías relacionados con la prevención de la conducta suicida, y también existe una guía de referencia para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. En la siguiente tabla se enumeran las guías/planes identificados e incluidos en este estudio.

Tabla 3: Planes y guías incluidos en el estudio:

DOCUMENTO	COMUNIDAD AUTÓNOMA
Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida 2012	Sistema Nacional de Salud. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.
Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares. 2010	Servicio Andaluz de Salud. Andalucía
Plan Salud Mental Aragón 2017	Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón
Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio. 2018-2021	Servicio de Salud del Principado de Asturias
Programa de sensibilización en prevención de la conducta suicida en colectivos vulnerables. 2017.	Gobierno de las Islas Baleares

Plan de Salud Mental. Prevención y Tratamiento de la conducta suicida 2019-2023	Consejo de Sanidad del Gobierno de Canarias
Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019	Gobierno de Cantabria . Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas. Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha 2018-2025	Consejería de Sanidad. Castilla la Mancha
Proceso de prevención y atención de la conducta suicida. 2018	Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León .
Guía de prevención del suicidio. 2018 Código Riesgo suicidio 2014-2015	Consejería de Juventud de Cataluña
II Plan de salud mental 2014-2017	Gobierno de la Ciudad Autónoma de Ceuta
III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020	Servicio Extremeño de Salud. Extremadura
Plan de prevención del Suicidio en Galicia. 2017	Consejería de sanidad de Galicia
I Plan prevención del Suicidio La Rioja. 2018	Gobierno de La Rioja

Guía de Autoayuda en la Prevención del Suicidio ¿Qué puedo hacer? 2014. Guía prevención conducta suicida para docentes.2016	Comunidad de Madrid. Servicio de salud.
Prevención suicida Murcia	Servicio Murciano de Salud. Murcia
Prevención y actuación ante conductas suicidas. 2014-2020.	Gobierno de Navarra
Programa piloto de Prevención de Conducta Suicida. 2013-2014	Gobierno del País Vasco
Plan de prevención y manejo de conducta suicida. Vivir es la Salida. 2016-2020.	Generalitat Valenciana. Consejería de sanidad universal y salud pública.

En los siguientes párrafos se describen las principales características de los documentos analizados:

En el ámbito del **SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS)**³⁷: *Guía práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*, se trata de un documento del año 2012 y actualmente pendiente de actualización. Es una de las guías más completas e importantes. En la conceptualización sigue el esquema de la nomenclatura de O'Carroll et al., propuesta por Silverman et al., en la cual distingue entre la ideación, comunicación y la conducta suicida. Sus objetivos son: mejorar la atención sanitaria, ayudar a pacientes, familiares y allegados y el abordaje terapéutico a través de las buenas prácticas. Los grupos diana de esta guía los forman; adolescentes, adultos o mayores que presenten riesgo, ideación o conductas suicidas. La guía está estructurada en dos partes, la primera se encarga de los aspectos relacionados con la evaluación y tratamiento de la conducta suicida (factores de riesgo y de protección, tratamiento psicoterapéutico, farmacológico...) y la segunda parte se centra más en los aspectos preventivos (programas de prevención, potenciación de factores,

medios de comunicación...). Divide a los factores de riesgo en tres grandes grupos; factores individuales, familiares y contextuales y otros factores. Determina que la clave para evaluar la conducta suicida es; la entrevista clínica y las escalas de evaluación, para ello utiliza herramientas como la escala de desesperanza de BECK, escala de HAMILTON y SAD PARSONS. Esta guía también refleja una serie de criterios a la hora de actuar en el área de atención primaria, reflejando los puntos más importantes a la hora de evaluar a la persona y las pautas a seguir a la hora de comunicar la situación a familiares y allegados, dependiendo siempre del nivel de riesgo (bajo, medio y alto). En el caso del servicio de urgencias las pautas serían diferentes, clasificando a los pacientes a través del *Sistema de Triage de Manchester* (MTS) según indiquen los niveles de gravedad. En el área de atención especializada, adquiere cada vez más importancia el tratamiento psicoterapéutico, destacando las terapias del tipo cognitivo-conductual (TCC), dialéctico conductual (TDC) y la MACT que incluye aspectos de ambas. Esta guía también tiene un apartado de las medidas generales de prevención en cuanto a la propia persona implicada y a la formación de los profesionales y familiares o allegados que se encuentren en el entorno social de la persona implicada. Habla de las intervenciones preventivas y de los 3 tipos de prevención existentes en la salud pública: primaria, secundaria y terciaria y de los tipos de ayuda disponibles para las personas con ideaciones suicidas como pueden ser líneas telefónicas de apoyo, intervenciones comunitarias, terapias dirigidas a fomentar la resiliencia y programas clínicos de prevención según el tipo de paciente y las características personales de este. Por último, se analizan las intervenciones en familiares, allegados y profesionales a realizar después de un suicidio: como debe ser el apoyo, las intervenciones preventivas y los aspectos legales que se deben conocer en España. El sistema Nacional de salud publicó su guía en 2012, se trata de la Guía más completa y la cual, lleva varios años en revisión. Según Fundación Salud Mental España (FSME) en marzo de 2015 se informó que estaría actualizada, fue presentada en varias ocasiones sin existir borrador público al que poder acceder y consultar, en 2016 con la legislatura finalizada, no existía aprobación, por lo que habría que esperar como mínimo hasta la próxima reunión del consejo para proceder a su actualización.

En **ANDALUCÍA**: *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*⁵⁵, se trata de una guía del año 2010, en ella se detallan orientaciones a familiares y allegados, como son los falsos mitos y los indicios a vigilar (manifestaciones verbales y no verbales), reflejando que son muchos los factores que hacen que la persona se sienta incapaz de; superar el dolor, valorarse a sí misma, controlar la situación, salir de la depresión o escapar de la tristeza entre otras. Señala que los signos de alerta no suponen necesariamente ninguna alarma, pero tienen que ser vigiladas, de manera especial en los grupos de riesgo. Otro apartado que trabaja la guía es la manera en la que se debe actuar ante pensamientos suicidas, los teléfonos y asociaciones donde buscar ayuda y como seguir tras un intento de suicidio, reflejando que existen muchas opciones: desde concertar citas con especialistas, crear un plan de seguridad, tener personas de confianza con las que poder contar y con las que sincerarse. En el caso de que un familiar o amigo haya intentado suicidarse también hay pasos a seguir. Existen asociaciones y programas en los que refugiarse, algunos de ellos son: Las escuelas de familia y los grupos de ayuda mutua. En el apartado final muestra una serie de recursos con los que poder contar a la hora de tener ideas suicidas. Existe otra guía dirigida a cómo deben actuar los profesionales ante el riesgo de suicidio, también del año 2010⁵⁶. Andalucía elaboró su guía en 2010 y no han existido guías después. Posee un plan de salud Mental del año 2016 hasta el año 2020, donde hace alusión al suicidio en los factores de riesgo y en la manera de actuar en cada situación y con cada sector de población.

Respecto a **ARAGÓN**¹³: En su *Plan de Salud Mental 2017-2021*, del Gobierno de Aragón, contiene varias líneas estratégicas, en la 5 menciona el suicidio, en esta línea habla de la atención dirigida a los diferentes colectivos en riesgo: población infanto-juvenil, personas con adicciones, pacientes sometidos a procesos penales y la atención en psicogeriatría. En la línea estratégica 6: Sistema de información en Salud Mental, habla de los fallecimientos causados por salud mental y los problemas en que esta puede derivar, en este caso el suicidio. Tras hablar de las líneas de actuación hace mención a los factores de riesgo que puede desencadenar una enfermedad mental, mostrando los altos índices de depresión que

surgen en cada Comunidad autónoma. En Aragón las tasas de suicidios son muy similares entre hombres y mujeres, siendo mayor el número de suicidio en hombres. En atención primaria de salud, el diagnóstico en trastornos del comportamiento es el más significativo en personas mayores de 15 años. En cuanto a recursos existen diferentes dispositivos desde centros de día, centros de inserción, hasta unidades de salud mental. En este plan existe una amplia lista de asociaciones a las que poder acudir en el caso de tener el problema detectado. Algunos de los objetivos más importantes que persigue esta guía son: integrar dentro del Plan de Salud las actuaciones de promoción de salud relacionadas con la salud mental, abordar asuntos relacionados con la prevención y promoción en salud mental, continuidad asistencial, detección temprana y crear y mantener una red suficiente de dispositivos y equipos entre otros. Este plan hace especial hincapié en el tema de la eliminación del estigma de tal manera que pueda visibilizarse y darse a conocer algo tan importante como: que las personas con enfermedad mental pueden desarrollar su vida dentro de la comunidad como cualquier otra persona.

En **ASTURIAS**: *Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio*⁵⁴ esta guía es del año 2018, tiene un periodo de vigencia de 3 años, la próxima revisión está prevista para el año 2020, siempre que haya que introducir cambios relevantes. Asturias presenta una de las tasas más altas de mortalidad por suicidio en España, entre los años 2010 y 2015. Sus objetivos son: la detección precoz, el abordaje terapéutico y la disminución de la tentativa y la mortalidad. Está dirigido a los trabajadores sanitarios implicados en la atención del paciente con riesgo suicida. El protocolo se divide en 3 fases: creación de un equipo multidisciplinar, identificación de dispositivos sanitarios asistenciales y recogida de datos en historia clínica. La formación va dirigida al personal de atención primaria, urgencias, personal de la red de Salud Mental y la presentación de este protocolo en la red sanitaria asistencial y en los medios públicos. Uno de los apartados más relevantes que corre a cargo del profesional en Trabajo social es la valoración socio-familiar, donde se identifican los factores sociales que rodean a la persona. En este protocolo aparecen

herramientas útiles como: The mental Health Declarat, European Commission Green Paper (2005).

En las islas **BALEARES**: El *Programa de sensibilización en prevención de la conducta suicida en colectivos vulnerables*⁷, es del año 2017, es un documento que corresponde a la memoria del programa, llevado a cabo durante el último trimestre del año 2017. Baleares encabeza el número 13 en la lista de tasas de suicidio de Comunidades autónomas, con mayor proporción de suicidios femeninos que en el resto de comunidades. Entre sus objetivos se encuentran: sensibilizar e informar y entrenar a colectivos vulnerables y a los profesionales que trabajan con ellos en la detección y manejo de la conducta suicida. Este protocolo sigue una serie de acciones: nombrando los mitos sobre el suicidio, intentando desmontarlos, facilitando las señales de alerta y los factores de riesgo y protectores que puedan ayudar en la prevención, elaborando una serie de actuaciones frente a la ideación o crisis suicida, y manejo y detección de necesidades. Este proyecto ha realizado 25 acciones formativas en diferentes fundaciones, fundaciones y sobre todo en institutos, con el fin de concienciar sobre la gravedad que supone la conducta suicida. A estas sesiones acudían en especial: profesores, estudiantes, profesionales sanitarios y educadores y trabajadores sociales. El programa se evaluó a través de la escala Likert del 0 al 10. El programa ve necesaria una continuidad debido a la importante labor de la formación en conducta suicida. Baleares también posee un plan estratégico de salud mental del año 2016 hasta el 2020, donde hace referencia al suicidio y su prevención desde la atención comunitaria.

En **CANARIAS**²²: el 18 de marzo de 2019 se publicó el *I Plan de salud mental* de Canarias, cuyo fin es la mejora de la salud mental de la población en términos de bienestar psicológico tiene varias líneas estratégicas, es concretamente en la segunda en la que se trabaja la prevención y tratamiento de la conducta suicida. El 10,8% de la población mayor de 16 años declaró haber tenido en algún momento de sus vidas ideas de suicidio, los grupos de edad con mayor prevalencia son los de 45 a 65 años y los de menor prevalencia la franja de edad de 16 a 29 años, en comparación por sexos las mujeres mostraban más prevalencia en la primera franja de edad. La línea estratégica dos de este plan analiza la variación de la tasa

de suicidios desde el año 2007, donde han ido aumentando progresivamente. En cuanto a los factores de riesgo determina que no se puede atribuir con seguridad que existan factores que sean claves en la conducta suicida, sin embargo, sí que pueden combatirse los que tienen especial relevancia. En estudios de autopsia psicológica se ha establecido que en el 90% de los casos de suicidio existía enfermedad mental, en especial la Depresión. Otro de los factores de riesgo más relevantes es el consumo de tóxicos muy relacionado a su vez con la depresión, al igual que también son factores de riesgo la situación sociofamiliar, económica y ambiental. Los principales objetivos dentro de esta línea estratégica son: disponer de un programa de prevención en Canarias, realizar acciones de carácter preventivo en la población, formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves y no sanitarios, mejorar la formación de los profesionales sanitarios y mejorar la actuación clínica en situaciones de riesgo.

CANTABRIA¹⁵ elaboró su: *Plan de salud mental 2015-2019*, es un plan compuesto por 16 estrategias, dentro de estas el suicidio ocupa el tercer puesto, donde determinan los factores de riesgo implicados, como son el padecimiento de enfermedad mental; estados depresivos, psicosis, consumo de sustancias, ideas de desesperanza...factores socio-demográficos, situaciones relacionadas con cambios recientes, recaídas, el hecho de permanecer ingresado, hostilidad en cuanto al trato personal o vigilancia insuficiente. Este plan también trabaja las recomendaciones pertinentes tanto para la persona como para sus familiares y allegados. Sus principales objetivos son: mejorar el conocimiento de la incidencia suicida, a través de la información y el registro de tentativas por medio de bases de datos, elaborar e implantar un programa regional de prevención y abordaje; potenciando los factores de riesgo y protectores y desarrollando habilidades de afrontamiento y manejo de estrés en los diferentes tramos de edad. Este plan refleja la importancia de potenciar los factores protectores frente a los factores de riesgo.

En **CASTILLA LA MANCHA**: su documento, *Estrategias para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas*²⁰ es un Plan de salud mental que abarca los años 2018-2025. Se dirige a tres tipos de población: adulta, infanto-juvenil y adulta mayor y

establece 4 líneas estratégicas para cada colectivo. Durante el período de 1991 a 2015 la edad media de suicidio fue de 59 años en varones y 60 años en mujeres, la mínima de 8 años y la máxima de 99. El riesgo medio anual de muerte por suicidio equivale a un 0,43%. Al igual que en el resto de guías/planes se estudian los factores de riesgo y los protectores, así como los mitos sobre la conducta suicida. En la línea estratégica 1 se busca la generación y gestión de conocimiento, es decir lograr la máxima difusión posible sobre el suicidio, para dar a conocer los resultados tan letales que produce, también tiene como objetivo promover la coordinación entre los sectores implicados para mejorar el conocimiento y las actuaciones, coordinar un plan y promover la investigación y generación de conocimiento. En la línea estratégica 2: se pretende llevar a cabo acciones encaminadas a la prevención universal, a la prevención selectiva, mejorar el conocimiento sobre el suicidio en el ámbito sanitario y llevar a cabo acciones encaminadas a la prevención indicada (charlas, coloquios, elaborar guías). En la línea estratégica 3: se busca la coordinación entre sanidad y ámbito educativo, corporaciones locales y atención primaria y salud mental. En la línea estratégica 4 se llevarán a cabo actuaciones de prevención en población adulta y personas frágiles. Este plan utiliza herramientas como la Nomenclatura de O'Carroll, la revisada por Silverman y el Rebuilding the tower of Babel para analizar y estudiar el comportamiento suicida.

En **CASTILLA Y LEÓN**⁵²: *Proceso de prevención y atención de las conductas suicidas*, es del año 2018, va dirigido sobre todo a la detección y atención en las áreas de salud de Atención primaria, Urgencias y Servicios de salud mental. Sus objetivos son: identificar a las personas en riesgo de suicidio, disminuir los intentos de suicidio en la población de riesgo, reducir la mortalidad por suicidio y asegurar una correcta coordinación asistencial. El programa va dirigido a todas aquellas personas que acuden a los servicios sanitarios con ideas, pensamientos o tentativas suicidas. Entre sus actividades están: la detección, evaluación y formulación del riesgo suicida (donde se identifica a la persona y se evalúa la gravedad de la situación), la derivación a servicio de Urgencias y Salud Mental (se establecen los criterios de derivación en los casos en los que sea necesario), Seguimiento en Atención Primaria (apoyo y seguimiento) y Atención a supervivientes (prestar apoyo emocional durante el

duelo y evitar que surja el duelo patológico), esta última a través de la escucha activa, una entrevista para valorar el estado de ánimo, la evaluación del duelo, valoración de seguimiento en salud mental o atención primaria. Es importante identificar a la persona en riesgo suicida y evaluar la gravedad para actuar de una manera u otra, las derivaciones a las diferentes áreas de salud, están orientadas en función a la evaluación y al juicio clínico del profesional. Castilla y León tiene cuatro planes de salud mental en los que incluye la prevención del suicidio. Entre sus herramientas al igual que Valencia y el SNS utilizan la escala de SAD PARSONS y también la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI SUICIDIO).

En **CATALUÑA**: *Código riesgo suicidio 2014-2015*¹⁹, la tasa de mortalidad por suicidio, a pesar de ser una de las comunidades más grandes, es una de las más bajas de Europa, el objetivo era crear un protocolo de actuación urgente para todos los agentes sanitarios garantizando una actuación coordinada y homogénea, basándose en la detección temprana, la intervención y el seguimiento proactivo. El código riesgo suicidio tiene tres fases: la primera, de alerta y activación, la segunda etapa consiste en un seguimiento telefónico y presencial desde el sistema de emergencias médicas y desde los servicios sanitarios especializados, por último, en la tercera fase el médico de familia es el encargado de realizar un seguimiento integral y preventivo del estado de salud de la persona. Este código está destinado a mejorar la detección precoz, la continuidad asistencial y la comunicación y coordinación entre los diferentes tipos de apoyo, como novedad está la creación del registro sanitario, lo que permitirá estudiar los casos atendidos. Un punto muy importante es el apoyo a los supervivientes, recomendado *por la Guía de práctica clínica del SNS*, para atender la problemática y evitar que empeore (depresión, estrés postraumático). Este código pretende disminuir las tentativas y las repeticiones mediante la gestión de las personas de riesgo identificadas en la red pública del sistema sanitario. De esta manera el código riesgo suicidio permite diseñar un proceso de actuación urgente en caso de detección de riesgo alto de suicidio, implanta procedimientos que permitan mejorar la seguridad de los pacientes atendidos y potenciar la continuidad asistencial tras el alta y

asegura a todas las personas en riesgo atención sanitaria adecuada en función del nivel de gravedad que presenten. Existe también una guía del 2018 para la prevención del suicidio y acompañamiento en el duelo propuesta por la consejería de juventud, pero es menos completa. Cataluña tras su Código riesgo suicido de 2014 a 2015, posee un Plan de salud mental de 2017 a 2019 en el cual menciona la prevención del suicidio en relación a las personas con enfermedad mental.

En **CEUTA**²⁴: Tiene dos planes de salud el primero del año 2008 al 2011 y el segundo del 2014 al 2017, cuyo fin es la mejoría de la calidad de vida y la salud pública, no aparece mención al suicidio, pero sí que hace alusión al uso racional de medicamentos. En el primer plan menciona el suicidio en relación con la enfermedad mental, afirmando que la salud mental es un proceso por el que todas las personas pasan, afectando a un total de 450 millones un 25% de la población mundial. En este plan no habla del suicidio, lo menciona en un cuadro que presenta la prevalencia de los trastornos mentales entre hombres y mujeres.

En **EXTREMADURA**: *III Plan integral de salud mental 2016-2020*³⁶, el primer plan se publicó en 1996 y el segundo de los años 2007 al 2012. Es un plan basado en el modelo comunitario y el modelo de recuperación que enlaza, la sostenibilidad, las personas y la información y el conocimiento con la red. Extremadura es una comunidad que desde 2012 experimenta un descenso progresivo de población, la mortalidad por suicidio es la principal causa de muerte por causas externas, siendo superior en varones jóvenes. En este plan se hace mención a la mortalidad por suicidio en salud mental y a la prevención y abordaje de las conductas suicidas, determinando los factores de riesgo y factores clave que garanticen la reducción del suicidio. En el objetivo 11: promover la implantación de prácticas clínicas seguras y mejorar elementos estructurales en los dispositivos de la red de salud mental, menciona la prevención en el 11.1 como protocolo a desarrollar. En la acción 32: promover la visibilización del voluntariado en salud mental, existe un apartado en cuanto a la prevención y abordaje de conductas suicidas, explicando el suicidio como un gran problema de salud pública. El objetivo 33 va destinado a la sensibilización y prevención y eliminación del

estigma en salud mental, indicando la importancia de sensibilizar a la población y conocer los factores de riesgo y los de protección, el objetivo 34 tiene como fin mejorar la detección precoz para garantizar la reducción del riesgo.

En relación a **GALICIA: Plan de prevención del suicidio¹²**, es del año 2017, tiene siete líneas estratégicas de prevención: La coordinación interinstitucional: donde crear una comisión que garantice la coordinación ante la conducta suicida, elaborando protocolos accesibles a todos los ámbitos y difundiendo y formando en la prevención del riesgo. Sensibilización: a través de una guía sobre la conducta suicida, realizando campañas de concienciación, alertando sobre amenazas y alertas en webs, foros y blogs. Prevención y abordaje: a través de códigos de activación a través del sistema de red asistencial y evaluando el riesgo en la población de atención primaria, servicios hospitalarios y salud mental, asegurando una respuesta eficaz y rápida, mejorando la detección precoz y garantizando la continuidad asistencial de los pacientes que presenten riesgo de suicidio, mejorando su seguridad y divulgando guías de orientación tanto para profesionales como para pacientes, familiares y allegados. Acceso a medios letales (control de fármacos, armas) identificando los puntos negros arquitectónicos y geográficos del suicidio e intentando crear barreras, aumentando el control en la dispensación y prescripción de fármacos, controlando el acceso a pesticidas y otros tóxicos letales para la vida. Formación de profesionales en la detección y abordaje, a través de talleres, capacitando a otros agentes sociales en la identificación de factores de riesgo, precipitantes y señales de alerta. Postvención en supervivientes, fomentando el asociacionismo y la ayuda mutua, proporcionando atención especializada a través de técnicas y por último investigación y alerta epidemiológica a través de registros, fomentando la realización de autopsias psicológicas, creando un Observatorio Gallego del suicidio a través del cual difundir información, priorizando en la investigación de la conducta suicida.

En **LA RIOJA: Plan de prevención de suicidio¹⁰**, es del 2018, sus objetivos son reducir la incidencia y prevalencia de la conducta suicida, detallando los factores de riesgo; los predisponentes con los que más riesgo acumula una persona, los precipitantes, pueden

precipitar una conducta suicida y los protectores, pueden ayudar a la detección del riesgo. En cuanto a los falsos mitos y prejuicios, son creencias erróneas que aumentan el estigma y evitan disminuir el riesgo. Este plan define el comportamiento suicida según el modelo de Diátesis-Estrés, denominado Modelo de Mann, combinando la diátesis y el estrés es más fácil identificar el riesgo suicida y por otro lado también se basa en la Teoría de Thomas Joiner dividida en 3 componentes: sentido de pertenencia frustrado, carga percibida y capacidad adquirida. En el apartado 3 del plan se menciona que el suicidio es un problema socio-sanitario de primer orden sobre todo en adolescentes (14-19 años), facilita teléfonos de la esperanza para contribuir a la prevención, la cual se hace a nivel sanitario; en urgencias, a nivel educativo a través de un plan de acción tutorial, a nivel de ámbito penitenciario dividido a su vez en: ingreso, internamiento, seguimiento y traslados y tránsitos, en centros de menores para prevenir conductas suicidas en estos, en residencias de ancianos, en el ámbito de la medicina forense. En atención primaria se mide el grado de riesgo. Dependiendo si es bajo, medio o alto las acciones a llevar a cabo serán diferentes. Este plan también posee 4 líneas estratégicas: la 1ª detección, abordaje y prevención, la 2ª: formación a profesionales e investigación, la 3ª: información y comunicación eficaz para visibilizar la conducta suicida y por último la 4ª: líneas de colaboración y coordinación, estas líneas se llevan a cabo a través de las medidas propuestas. Para el seguimiento y evaluación de este plan se creará una comisión comunitaria para la prevención y atención de conductas suicidas.

En la Comunidad de **MADRID**^{31,32}: Tiene dos guías una del 2014 dirigida a la prevención del suicidio desde la propia persona afectada donde detalla la importancia de construir un sistema de apoyo y elaborar un plan de seguridad para aprender a vivir, detallando cuales son los factores de riesgo y los protectores y facilitando los distintos tipos de ayuda con los que poder contar al enfrentarse a este tipo de situaciones. Existe otra guía del 2016 dirigida a docentes, donde habla de los factores de riesgo y de protección, los mitos, las señales de alerta y las estrategias de actuación que se deben seguir en el ámbito educativo, ya que una de las poblaciones diana de la conducta suicida son los menores y los adolescentes. Ambas

guías son de las más completas a nivel nacional, son de tamaño reducido, pero con la información necesaria para poder hacer frente a la prevención de la conducta suicida. Desde la publicación de estas guías no existen guías actuales destinadas a la prevención del suicidio. Existe un plan estratégico de salud mental del año 2018 y vigente hasta 2020, donde menciona la prevención del suicidio en la Línea estratégica 5.

En el caso de la Ciudad Autónoma de **MELILLA**¹⁴: Existe un plan de salud mental y dos sobre drogas y adicciones, en los que no se hace mención ninguna a la conducta suicida. Existe un artículo del Subdirector General de tratamiento y gestión penitenciaria en el que se habla de la prevención de los suicidios en el ámbito penitenciario en la ciudad autónoma de Melilla, centrándose sólo en ese colectivo, nombrando los factores de riesgo y los protectores y dando instrucciones acerca de la detección y la aplicación de medidas.

En **MURCIA**: *Programa de acción para el impulso y mejora de la Salud Mental 2019-2022*²¹, se trata de un programa con varias líneas estratégicas, en la línea estratégica número 1.2 aparece la prevención del suicidio al mencionar las tasas de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento, en 2016 Murcia fue la tercera comunidad con más suicidios consumados, el riesgo va aumentando con la edad, el mayor número de suicidios se dan en varones de 30 a 39 años y en mujeres de 15 a 29 años. En la línea 1. 2 habla de la prevención del suicidio por medio de intervenciones eficaces, los objetivos que tiene esta línea es disminuir las muertes y los intentos mediante la detección temprana, el tratamiento y la prevención de la reincidencia, mejorar la formación e investigación, mejorar la atención a pacientes con riesgo y a sus familiares en los diferentes niveles de atención y potenciar el trabajo en red en coordinación con otras instituciones.

En **NAVARRA**: *Prevención y actuación ante conductas suicidas*⁴⁴. 2014-2020. Tiene por objetivos: prevenir la conducta suicida, intervenir de manera efectiva en los diferentes ámbitos, establecer un seguimiento adecuado y coordinar los recursos institucionales y del resto de la sociedad para poder reducir la mortalidad y mejorar la respuesta ante conductas suicidas. Este protocolo elabora una serie de factores de riesgo, precipitantes y protectores y elabora un marco de actuación del sistema de salud, desde atención primaria,

dependiendo del nivel de riesgo existirán unos recursos u otros. Hace un análisis de los colectivos más vulnerables con son la población infanto-juvenil y psicogeriatría. Elabora un plan de actuación a nivel educativo, ya que este supone uno de los mejores espacios donde crear conciencia y fomentar la prevención. También elabora un plan de actuación en el marco de los servicios sociales dirigido a toda la población atendida por ellos y describe los niveles de prevención existentes (primaria, secundaria y terciaria) y la forma de actuación en cada uno de ellos. En el apartado 9, menciona las actuaciones a realizar por los profesionales tras un suicidio consumado. Facilita asociaciones y teléfonos a los que poder llamar y acudir en caso de necesidad, mostrando que la persona no está sola y existe ayuda y visibilizando a través de los medios de comunicación que no debe ser un tema tabú y se le debe dar voz.

En el **PAÍS VASCO**²³: Programa de prevención de la conducta suicida, se trata de un programa piloto elaborado en Gipuzkoa y tiene dos fases una en 2013 y otra en 2014. Este programa comienza hablando sobre el suicidio como problema de salud pública y cuál es el tipo de perfil al que más afecta; sexo masculino, enfermedad crónica, soledad, pobreza, enfermedad mental, situaciones de estrés y pérdidas y antecedentes con intentos de suicidio. Sobre todo, está enfocado a la población mayor. Está formado por 4 intervenciones, la ciudadana, de comunidad: está enfocada sobre todo a los agentes sociales que rodean a la persona como pueden ser la farmacia, iglesia, policía, escuela, MMCC (medios de comunicación) a través de noticias y a través de la mejora de la sensibilización y conocimiento sobre este tema, la última intervención es el sistema de salud cuyo objetivo es reducir el riesgo de repetición de conducta suicida en pacientes visitados en urgencias por intento de suicidio. Por medio de talleres, charlas, encuestas, coloquios este programa pretende concienciar acerca de la importancia de conocer el riesgo suicida, para que de esta manera sea más fácil luchar para reducirlo. Un dato importante es que los programas de prevención está demostrado que reducen el riesgo entre un 25 y 30%. el sistema de salud y es lo que se quiere conseguir progresivamente. País Vasco tras su programa piloto en 2013 y 2014, no posee más documentos destinados en exclusiva a

prevenir el suicidio excepto un plan de salud desde el 2013 hasta el 2020, donde menciona las medidas necesarias para la prevención del suicidio a nivel comunitario y en especial dirigido a personas con enfermedad mental.

Por último, en la **COMUNIDAD VALENCIANA**: *Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida. Vivir es la salida. Año 2016-2020*⁵⁷. En este plan se menciona el hecho de que el riesgo suicida aumenta con la edad. Menciona los factores de riesgo a través del abordaje de los distintos grupos de población; sistema de salud, sociedad, comunidad, relaciones e individuo, en contraposición a los factores de riesgo se encuentran los factores protectores, como son las relaciones personales, las creencias religiosas y las estrategias de afrontamiento y bienestar como modo de vida. Tras mencionar los falsos mitos sobre el suicidio, se detalla la misión de este plan que es la prevención a través de talleres, mejora de información sobre el suicidio, eliminación del estigma en enfermedad mental y mejorar la atención respecto al bullying y cyberbullying. La detección precoz del riesgo suicida también es uno de los principales objetivos a través de la coordinación, la investigación y la formación de profesionales. Tiene varias estrategias a la hora de llevarse a cabo; la primera; promoción de la salud mental positiva y prevención del suicidio, la segunda; detección del riesgo en la conducta suicida en los diferentes colectivos: adolescentes, personas mayores, mujeres víctimas de violencia de género, personas en situación de cumplimiento penitenciario y personas sin hogar ya que considera que todos ellos son los más vulnerables, la tercera; manejo de la conducta suicida, donde realiza una clasificación (ideación, plan, intento, suicidio consumado) y una evaluación del riesgo a través de entrevistas clínicas y escalas y en el caso de familiares y allegados enfrentamiento del duelo, en la cuarta estrategia se trabaja la formación, en la quinta los sistemas de información e investigación epidemiológica, finalizando con unos mensajes clave acerca del suicidio para crear conciencia de la gravedad del problema. Entre sus herramientas también destacan, como en el SNS, la escala de BECK y la de SAD PARSONS.

5.2. Menciones al trabajo social en los diferentes planes y guías

A pesar de la proliferación de documentos estratégicos y guías para la prevención de la conducta suicida, no son tan amplias ni extendidas las menciones al trabajo social en estos diferentes documentos. En la siguiente tabla se resumen las menciones que han sido identificadas en el presente estudio.

Tabla 4: Menciones al Trabajo Social.

DOCUMENTO ESTRATÉGICO/GUÍA	ÁMBITO DE MENCIÓN AL TRABAJO SOCIAL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Guía de práctica clínica de la conducta suicida	Estrategias de prevención, como profesional que evalúa y se coordina con otros profesionales de Salud Mental.
ARAGÓN: Plan de salud mental 2017-2022	Seguimiento e intervención, Estrategias de prevención en las unidades de Salud mental
ASTURIAS: Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo suicida.	Apoyo y valoración socio-familiar, estrategias de prevención.
CANARIAS: Plan de Salud Mental 2019-2023	Diagnóstico, seguimiento e intervención.
CANTABRIA: Plan de Salud Mental 2015-2019	Estrategias de prevención. Unidad asistencial junto con otros profesionales de salud mental.
CASTILLA Y LEÓN: Proceso de prevención y atención a conductas suicidas.	Detección de riesgo, mantenimiento de apoyo en el entorno social, manejo de terapia.

EXTREMADURA: III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020	Profesional del equipo de salud mental, profesional que actúa y se coordina
LA RIOJA: Plan prevención del Suicidio 2018	Asistencia a través de un programa de Intervención Intensiva junto a otros profesionales de Salud Mental.
NAVARRA: Prevención y Actuación ante conductas Suicidas	Prevención ante riesgo autolítico, elaboración de un plan de intervención.
MADRID: Guía de Autoayuda; No Estas Solo. 2014	Estrategias de prevención, Agente de red preventiva, profesional de confianza.

El ámbito de mención al trabajo social en estas guías/planes abarca sobre todo estrategias de prevención y coordinación con otros profesionales, sin entrar en detalle en ellas.

En el SNS³⁷: La figura del trabajador social aparece en el apartado de evaluación por parte de un especialista en Salud Mental donde se menciona la importancia de contar con especialistas en esta área de salud para poder llevar a cabo una correcta valoración.

En Aragón¹³: el trabajador social aparece como figura esencial junto a los enfermeros especialistas, ya que ambos deben encargarse del seguimiento e intervenciones con los pacientes. En cuanto a los recursos necesarios para llevar a cabo el programa en los recursos humanos aparece otra vez el trabajador social de salud mental, también aparece como autor del informe social a realizar en el proceso de intervención y como profesional capacitado en salud mental para los colectivos donde sea necesaria actuación.

En Asturias⁵⁴: El profesional en trabajo social aparece en la valoración sociofamiliar, donde se determinará si existen factores sociales relevantes que influyen en la persona esta tarea la realizará a través del correspondiente informe social y la coordinación que sea necesaria.

En Canarias²²: aparece la figura del trabajador social junto a la de otros profesionales en el diagnóstico de la persona, a la hora de seguimiento e intervención, mencionan entre otras

profesiones al trabajo social integrado dentro del equipo de salud mental junto con psiquiatras, psicólogos clínicos y profesionales de enfermería.

En Cantabria¹⁵: en los objetivos específicos aparece la figura del trabajador social junto a las de otros profesionales como miembro del equipo multidisciplinar.

En Castilla y León el programa SACYL⁵² se centra en la detección y atención a la conducta suicida en Atención Primaria, es la guía que establece con más detalle las funciones en las que participa en Trabajador/a Social:

-La detección, evaluación y formulación del riesgo corre a cargo del médico/a de familia, enfermero/a, y trabajador/a social.

-La detección del riesgo, mantenimiento de un entorno protector y manejo terapéutico deriva en las labores de los profesionales en psiquiatría, enfermería y trabajo social.

-Por último, el seguimiento y la continuidad terapéutica, se realiza a través de un plan de seguimiento elaborado por el profesional de trabajo social.

En Extremadura³⁶: se hace mención al trabajador social como profesional que pertenece a las diferentes áreas de salud de la comunidad de Extremadura, sin entrar en detalles sobre las funciones que realiza.

En La Rioja¹⁰: la figura del trabajador social aparece como profesional encargado de realizar seguimientos junto a otros miembros del equipo multidisciplinar, pero solo aparece cuando se menciona la prevención del suicidio en el ámbito penitenciario y en menores y adolescentes a la hora de una intervención con los servicios sociales y también en la descripción del abordaje deseable para la conducta suicida en La Rioja.

En Navarra⁴⁴: la mención al trabajo social se realiza en términos de formación de profesionales en confidencialidad y secreto profesional y formación continuada de Salud Mental como profesional que pertenece a la red de trabajadores de servicios sociales.

En el caso de Madrid^{31,32}: aparece como profesional de confianza con el que poder contar a la hora de mostrar los problemas y de esta manera comunicar las ideas suicidas.

Las menciones al trabajo social no visibilizan el trabajo que esta profesión realiza, no profundiza en las funciones que lleva a cabo, solamente dicta algunas y en algunos casos como Extremadura aparece la profesión acompañada de otras que pertenecen a la misma área de salud, sin explicar el trabajo que desempeña.

La profesión del trabajador/a social con respecto a la prevención del suicidio también se encuentra invisibilizada, en las guías en las cuales se hace mención a la figura del trabajador/a social, apenas se entra en detalles sobre las funciones que se realizan, habla de coordinar con otros profesionales una intervención individual y familiar con la que poder tomar medidas y prevenir la situación, pero no detalla la importancia del profesional en cada área de salud y como desde su posición puede ayudar a la prevención:

De las 19 Comunidades y/o ciudades Autónomas, solo 10 hacen mención a la figura del profesional en Trabajo social (SNS, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, La rioja, Navarra y Madrid). Al profesional de trabajo social se le asocian tareas, es polivalente, siempre está coordinado con otros profesionales de otras ramas de salud, pero no parece ser una figura clave en esta prevención, de ahí que solo figure en 10 guías/planes. El Trabajo Social es una disciplina que en esta prevención realiza tareas tan importantes como la valoración del riesgo y la exploración de los factores determinantes; observando el entorno social, las situaciones en las que se encuentra inmersa la persona, sus limitaciones, sus demandas, de tal manera que el seguimiento e intervención corre a cargo de este profesional. En la mayoría de documentos que he revisado aparece la figura del trabajador social en dos ocasiones: prevención del suicidio en personas con riesgo y confrontación del duelo, desgraciadamente cuando el suicidio no ha podido prevenirse, ambas son importantes, pero es importante que se trabaje de manera eficaz la primera para no tener que intervenir en el duelo. Uno de los principios éticos del Trabajo social es la Autodeterminación de la persona siempre y cuando las propias decisiones no amenacen los

derechos e intereses legítimos, por ello la figura del trabajador/a social juega un papel muy importante en la prevención del suicidio y debería estar más destacada.

Analizando las guías/planes, se identifican ausencias a la mención del profesional en trabajo social en los siguientes ámbitos:

1. De manera general, el trabajador/a social es un profesional que trabaja con varios colectivos, en especial con los más vulnerables y los más propensos al suicidio; personas mayores, población infanto-juvenil, mujeres víctimas de violencia de género y personas con enfermedad mental. Sin embargo, ni en las guías ni en los planes se hace alusión al trabajo que realiza el profesional de trabajo social con estos sectores de población, atribuyendo esta labor en gran parte a profesionales de medicina y enfermería.
2. En la detección precoz del riesgo de suicidio en la guía de Valencia⁵⁷ se menciona que los médicos/as y enfermeros/as son los profesionales más importantes a la hora de detectar el problema, dejando invisible la figura del trabajador/a social.
3. La entrevista que se realiza a la hora de trabajar con personas con tentativas suicidas es un recurso importante para valorar factores de riesgo y de protección y analizar el soporte familiar y social con el que cuenta la persona. En esta entrevista solo aparece la figura del psicólogo.
4. En el seguimiento de caso, tras el alta de una persona con intento de suicidio, la figura del trabajador social no aparece, limitando este seguimiento solo a médicos del área de salud mental.
5. En ninguna guía o plan se menciona explícitamente la figura del trabajador social como profesional capacitado a la hora de poner en marcha programas.
6. En la guía de Navarra⁴⁴ en el apartado de cómo actuar ante un suicidio consumado en menores, los educadores sociales aparecen como profesionales implicados en relatar los hechos, proteger al resto de personas, etc. Pero la figura del trabajador social no aparece.

7. El trabajador social es un profesional cualificado para desarrollar iniciativas sociales que ayuden a mejorar las fortalezas de las personas, pero en ninguna guía/plan aparece.

8. En el plan de Salud Mental de Aragón¹³ se recalca el hecho de que la configuración de los equipos de unidades de Salud mental es deficitaria, ya que casi todo el peso debería caer en enfermeros y trabajadores sociales que son los que realizan los seguimientos e intervenciones. Sin embargo, la figura del trabajador social queda obviada en posteriores menciones.

9. En la guía de Castilla y León⁵² habla del proceso de atención y detección de la conducta suicida en atención primaria. El trabajador social participa en el proceso de detección y evaluación del riesgo de suicidio junto con médicos, pediatras y enfermeros, pero es el único profesional de los nombrados anteriormente que no participa en el seguimiento de caso ni en la atención a los supervivientes.

6. CONCLUSIONES.

- 1.** El suicidio es un importante problema de salud pública a nivel mundial, constituyendo el tipo de muerte violenta más frecuente, con aproximadamente 1.000.000 muertes al año. En España es la primera causa de muerte no natural, superando en cifras a los accidentes de tráfico con alrededor de 3.600 muertes al año, lo que equivale a 10 muertes al día y una muerte cada dos horas y media. Se trata de un grave problema que afecta a todas las edades y colectivos sin excepción.
- 2.** El trabajo social puede ser un elemento relevante en la prevención del suicidio, ya que se trata de una profesión que fomenta el cambio social y lucha por los derechos de las personas y por mejorar su bienestar social y calidad de vida a través de las distintas intervenciones y en base a recursos de los que dispone. El trabajo social hace frente a situaciones de crisis que en ocasiones pueden desencadenar en suicidio, haciendo uso de la labor preventiva, esta profesión es capaz de evitar o paliar esta situación mediante apoyo, seguimiento e intervenciones, de la misma manera que es también una profesión capacitada a la hora de trabajar en el duelo con los familiares y allegados de la persona que se ha suicidado. Se trata de una profesión formada y cualificada con diversas herramientas y métodos capaces de hacer frente a una situación tan complicada como es la conducta suicida.
- 3.** Los planes y guías de prevención del suicidio incluyen menciones al trabajo social, pero lo hacen de forma escasa y limitada; de todas las guías/planes revisados, apenas la mitad mencionan a la figura del trabajador/a social en sus proyectos de prevención, señalando escasas intervenciones sin entrar en detalles de las funciones que realizan y de lo importante que es esta profesión en la prevención y detección de la conducta suicida.
- 4.** Las principales funciones que las guías atribuyen al trabajo social son: estrategias de prevención por medio de coordinación con otros profesionales del sistema de Salud Mental, apoyo, valoración socio-familiar, seguimiento, detección de riesgo y elaboración de un plan de intervención a realizar tanto con la persona afectada como con su familia. Todas estas funciones aparecen nombradas, pero sin entrar en detalles y sin hacer referencia a los recursos empleados para tales fines y sin mencionar las funciones que realiza el profesional, no contribuyendo a visibilizar la importancia que tiene el trabajo social dentro de la prevención del suicidio.

5. Se excluye la mención al trabajo social en aspectos relevantes como: los diferentes colectivos con los que trabaja esta profesión, la importancia del trabajador social en la detección precoz del riesgo de suicidio en la que las figuras más importantes que menciona la guía en este caso son: médicos/as y enfermeros/as, la realización de la entrevista clínica en la cual el principal profesional que realiza esta labor es el psicólogo/a, en el seguimiento de caso tras el alta de una persona con intento previo de suicidio solo menciona a profesionales de medicina del área de Salud Mental. El trabajador/a social no aparece en la puesta en marcha de programas ni de iniciativas sociales que favorecen la prevención del riesgo suicida. Apenas es mencionado y reconocida la importancia que tiene su labor a la hora de trabajar la prevención del riesgo suicida.

6. El trabajo social debe hacerse más visible en este ámbito, teniendo en cuenta el amplio abanico de diferentes intervenciones en las que esta profesión puede contribuir a la prevención del suicidio. Visibilizar el trabajo social es contribuir a la mejora de la prevención de la conducta suicida, pues se trata de una profesión cualificada y potencialmente preparada para hacer frente a este tipo de situaciones contribuyendo de esta manera al cambio social y a la mejora de la calidad de vida de las personas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Aláez, 2013 «*Líneas de pensamiento de un suicida*». MTIAG. Accedido 25 de marzo de 2019. <https://mtiag.mforos.com/2055279/11404396-suite101-lineas-de-pensamiento-de-un-suicida/>.
2. Alonso M, (2012) “*Concepto de Prevención, función de*” en Fernández, T; de Lorenzo, R; Vázquez, O; *Diccionario de Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
3. Ander-Egg, E. (1986). *Diccionario de Trabajo Social*. Bogotá, Colombia: Ed. Colombia Ltda.
4. Arredondo, R y Cosano F. (2013) “*Concepto de prevención primaria, secundaria y terciaria*” *Diccionario Práctico de Trabajo Social*. Colegio Oficial de trabajo Social de Málaga. Málaga.
5. Barranco, C. (2002). *Calidad de vida y Trabajo Social*. Planteamientos teóricos y experiencias en organizaciones de bienestar social y en comunidades. AGATHOS, (4), 4-21. doi:https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5592/1/ALT_12_05.pdf
6. Bille Brahe U. Suicidal behaviour in Europe. The situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1998 [citado 25 mayo 2019]. Disponible en: <http://selvmord.wnm.dk/filecache/31137/1277884104/e60709whopublicationsuicidalbehaviourineuropebille-brahe1998.pdf>
7. Colegio Oficial de Psicología de Baleares. (2017). *Programa de sensibilización en la prevención de la conducta suicida en colectivos vulnerables*. Recuperado de: http://www.copib.es/intranet/files/30_04_1817_46_40Memo2017progr_suicidio.pdf
8. Colom D. (2002) *El Trabajo Social Sanitario como herramienta de gestión*. AGATHOS, (3), 14-25. doi: http://directivos.publicacionmedica.com/IMG/pdf/dolors_colom_articulo.pdf
9. Consejo General de Trabajo Social, 2014. *Definición de Trabajo Social*. Madrid, España. Recuperado de: <https://www.cgtrabajosocial.es/DefinicionTrabajoSocial>
10. Consejería de Salud de La Rioja (2018). *Plan de Prevención de Suicidio*. Gobierno de La Rioja. Recuperado de: http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/PLAN_PREVENCION_CONDUCTA_SUICIDA_DEF.pdf
11. Consejería de Salud de la Región de Murcia. *Factores de riesgo y protectores*. Recuperado de: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=306209&idsec=5574>
12. Consejería de Sanidad (2017). *Plan de prevención del suicidio en Galicia*. Galicia: Junta de Galicia. Recuperado de: <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/949/LINEAS%20ESTRAT%C3%89GICAS%20PREVENCION%20DEL%20SUICIDIO.pdf>
13. Consejería de Sanidad (2017-2021). *Plan de Salud Mental*. Gobierno de Aragón. Recuperado de: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/PlanSaludMental_Aragon_2017_2021.pdf

14. Consejería de Sanidad (2017). *II Plan sobre Drogas y Adicciones*. Ciudad Autónoma de Melilla. Recuperado de: https://www.melilla.es/melillaportal/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/2_5369_1.pdf
15. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2015-2019). *Plan de Salud Mental de Cantabria*. Recuperado de: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>
16. Echávarri, A. (2010). «*Concepto y clasificación de la conducta suicida*». Accedido 28 de marzo de 2019. <ftp://ftp.formainap.navarra.es/2014/2014-3E604-9971-SUICIDIO/TEMA%25201.pdf+&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=es&client=firefox-b-d>.
17. Ezequiel, A. (1995). *Diccionario del trabajo social*. Buenos Aires: lumen.
18. Estatuto de la profesión de diplomado/a en Trabajo Social, elaborado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales (2001). Recuperado de: <http://www.consejotrabajosocialcyl.org/funcionestrabajadorsocial.php>
19. Generalitat de Catalunya. (2015). *Código Riesgo Suicidio*. Recuperado de: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1654>
20. Gerencia Regional de Castilla La Mancha (2018). *Estrategias para la prevención de suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas*. SESCAM. Recuperado de: https://sescam.castillalamancha.es/files/estrategias_para_la_prevenccion_del_suicidio_ok.pdf
21. Gerencia Regional de Salud Mental (2019). *Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la Región de Murcia*. Recuperado de: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/428308-programa_sm_2019-2022.pdf
22. Gobierno de Canarias (2019-2023). *Plan de Salud Mental de Canarias*. Servicio Canario de Salud. Recuperado de: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d7a0d910-4973-11e9-910b-f705e6f363c5/PSMC_completo.pdf
23. Gobierno del País Vasco (2013-2014). *Programa Piloto de Prevención de la Conducta Suicida*. Red de Salud Mental de Guipúzcoa. Recuperado de: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/envejecimiento_saludable/es_defa_djuntos/gipuzkoa/a_gabilondo.pdf
24. Gómez, C. (2014-2017). *Plan de Salud de la Ciudad de Ceuta*. Recuperado de: <https://www.iberley.es/legislacion/aprobacion-ii-plan-salud-ciudad-autonoma-ceuta-2014-2017-14793847>
25. Heinz, K. (2001). *Diccionario Enciclopédico de Sociología*. España, Barcelona: Herder. Ed.
26. Hernández, P. (2015). *Algunas especificidades en torno a la conducta suicida*. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v19n8/san14198.pdf>
27. INE. *Estadísticas de Defunción por causa de muerte*. Recuperado de: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>

28. INE. Estadísticas de Suicidios por; sexo en los años 2015-2017. Recuperado de: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2012/l0/&file=05001.px&L=0>
29. Informe mundial sobre la violencia y la salud, (2003). Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
30. Ituarte, A. (1992) Procedimiento y proceso en el Trabajo social clínico. Siglo XXI.
31. Jiménez, J. (2016). *Guía para la prevención de la conducta suicida dirigida a Docentes*. Madrid Salud. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017853.pdf>
32. Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., & Santiago, P. (2014). *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida*. Madrid Salud. Recuperado de: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017859.pdf>
33. Jiménez, L. y Pérez Solá, V. (2011). "Factores de riesgo". En: Bobes García, J.; Giner Ubago, J. y Saiz Ruiz, J. Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida. Madrid: editorial Triacastela, pp. 59-93.
34. Ley 2/1998, de 4 de abril de *Servicios Sociales de Andalucía*. Boletín Oficial del Estado. Andalucía, 28 de junio de 1988, núm. 154, 1988-16147.
35. Ley 11/2003 de 27 de marzo de *Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid*. Boletín Oficial del Estado. Madrid, 14 de abril de 2003, núm. 88, 2003-13185.
36. Martín, B., Torres, I., Casado, M., López, M., Rodríguez, B., & Torres, R. (2016-2020). *III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura*. Junta de Extremadura. Recuperado de: https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/PLAN_SALUD_MENTAL_2016_2020.pdf
37. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Avalia-T. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf
38. Montoya, G, Zapata, C y Cardona, B (2002). *Diccionario especializado de trabajo social*. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia.
39. Moron, Pierre. *El Suicidio*. Publicaciones Cruz O., S.A., 1992.
40. Nutbeam, D. Health Promotion Glossary (original Health Promotion Glossary). In: Health Promotion Journal 1.1, 113-127, 1986.
41. «OMS | Prevención del suicidio: un imperativo global». WHO, 2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/es/.
42. «Observatorio del Suicidio en España». Fundación Salud Mental España., 2016. <http://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>.

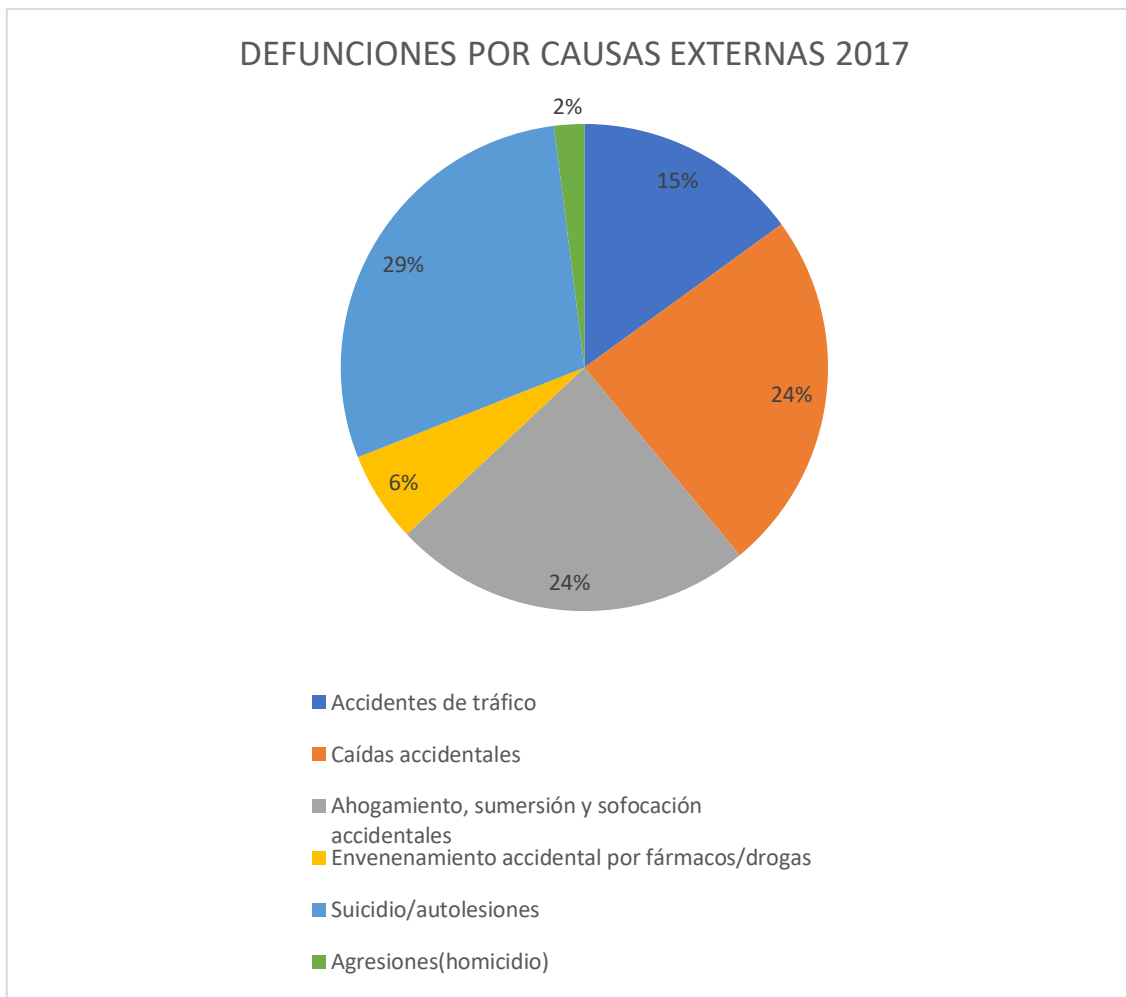
43. Observatorio del Suicidio. Tasas de Suicidio en España por CCAA por 100.000 habitantes. Recuperado de: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2016/espaa%C3%B1a-suicidios-2016/>
44. Oto, M. (2014). *Prevención y actuación ante conductas suicidas*. Gobierno de Navarra. Recuperado de: <https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/548485/Suicidio.pdf/b5374981-511a-40ed-82c5-7c74bc23b049>
45. Pérez, A., Cortés, L. (1996). «Relación entre la conducta suicida y el concepto de muerte». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* (1), n.º 3. Doi: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.3.1996.3826>
46. Piédrola Gil (ed). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 12ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015.
47. Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.ª ed.). Consultado en: <https://dle.rae.es/?id=YfnPoSq>
48. Rocamora, A. (2010). *El suicidio en la vida cotidiana. Estrategias terapéuticas*. Consultado 28 de marzo de 2019, de Asociación de investigación, prevención e intervención del suicidio Sitio web: <https://www.redaipis.org/wp-content/uploads/2015/02/El-suicidio-en-la-vida-cotidiana.pdf>
49. Rocamora, A., (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*, Bilbao, Desclée de Brouwer, S.A.
50. Rojas, E. (1984). *Estudios sobre el suicidio*. Madrid: Salvat. 2013.
51. Rucabado, A.M, (2012) “Concepto de Prevención social” en Fernández, T; de Lorenzo, R; Vázquez, O; *Diccionario de Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
52. SACYL, Consejería de Sanidad. (2018). *Proceso de prevención y atención a la conducta suicida*. Castilla y León. Recuperado de: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida>
53. Sarasola J., Mora, M., Y Vallejo, A. (2016). Suicidio y Trabajo Social. *International Journal Of Educational Research and Innovation*, (6), 46-57. Doi: <https://www.upo.es/revistas/index.php/IJERI/article/view/1649/1556>
54. Servicio de Salud del Principado de Asturias (2018). *Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de Suicidio*. Recuperado de: <https://www.astursalud.es/documents/31867/225127/PROTOCOLO+SUICIDIO+def.pdf/48775c44-b688-961e-be16-f81511d4eba2>
55. Sistema Andaluz de Salud (2010). *Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiaprevencionsuicidio.pdf>

- 56.** Sistema Andaluz de Salud (2010). *Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Recomendacionesprevencionsuicidio.pdf>
- 57.** Sotola, R., Frades, B., & López, J. (2017). *Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida: Vivir es la salida*. Generalitat Valenciana. Recuperado de: http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf
- 58.** Valladolid, N. (2011). «Suicidio». *Revista Peruana de Epidemiología* (15), n.º 2: 1-5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798>

8. ANEXOS

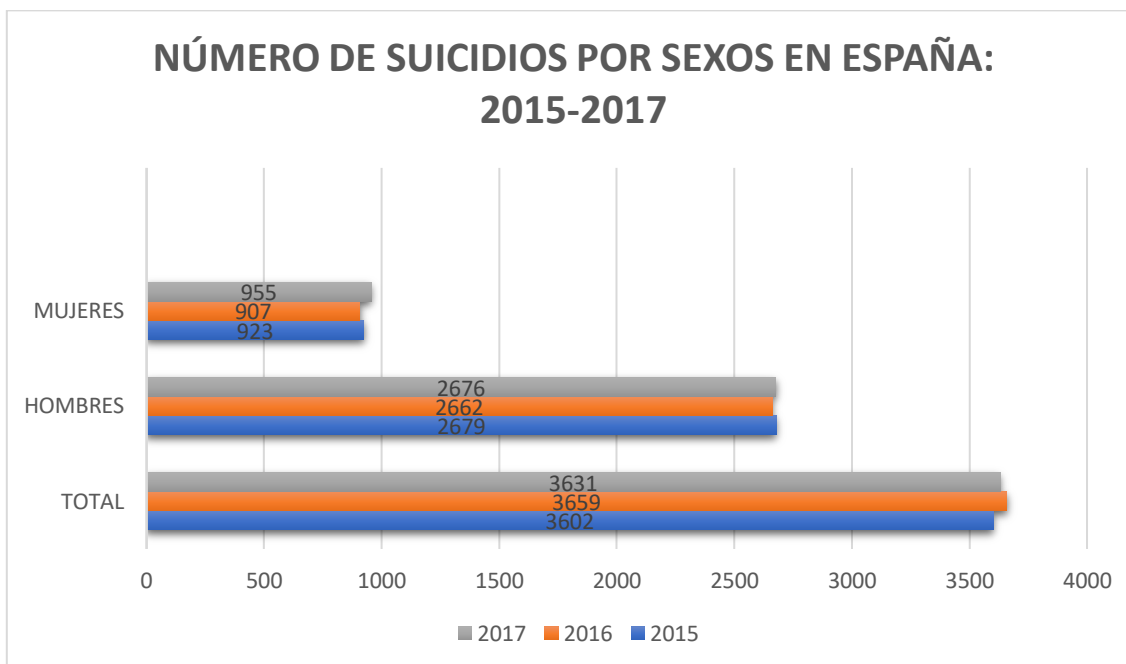
Anexo Gráfico 1: Estadísticas de defunción según la causa de muerte por causas externas.

Elaboración propia a partir de INE: Defunciones según la causa de muerte por causas externas.



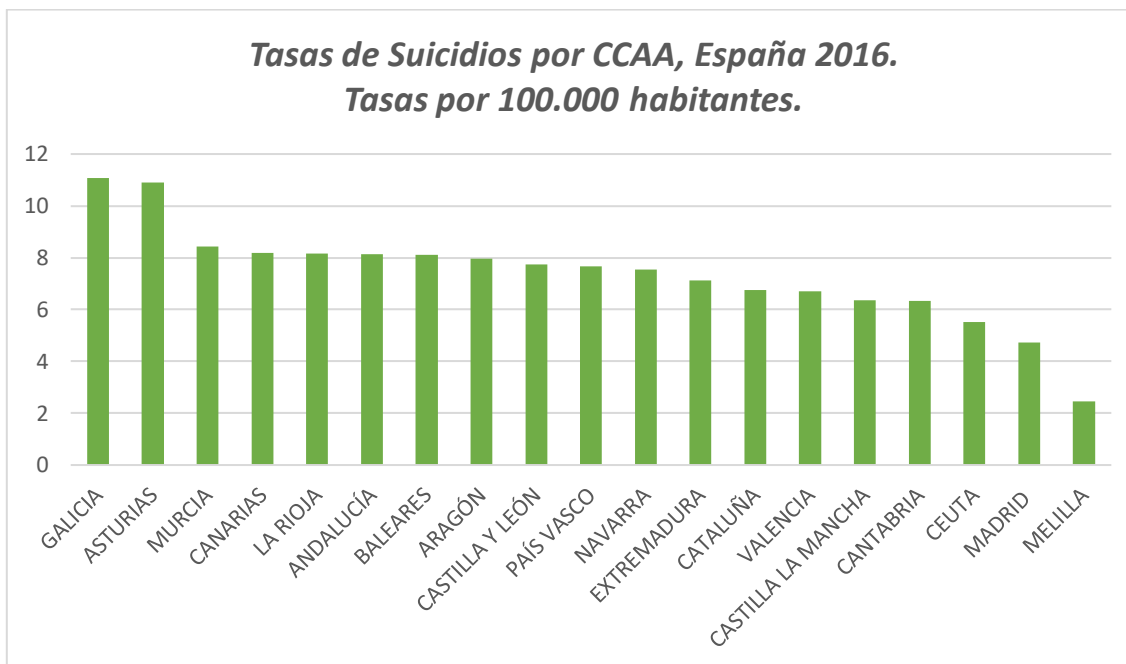
Anexo Gráfico 2: Estadísticas de suicidio por sexo en España de los años 2015 al 2017.

Elaboración propia a partir del INE: Estadísticas de suicidio por sexo en España 2015-2017.



Anexo Gráfico 3: Tasa de Suicidios en España, por Comunidades Autónomas, por 100.000 habitantes.

Elaboración propia a partir de: Observatorio del suicidio, Fundación Salud Mental España, 2016.



Anexo documental 1: Señales de alerta de suicidio. Guía de práctica Clínica del SNS (2012).

- Amenazan con dañarse o matarse
- Buscan medios para suicidarse o hablan de un plan de suicidio
- Hablan o escriben sobre la muerte, el morirse o el suicidio (sobre todo cuando esto no era propio de la persona o era muy raro)
- Expresan sentimientos de desesperanza
- Expresan sentimientos de ira, rabia o venganza
- Se involucran en conductas que implican un riesgo innecesario o que son irresponsables
- Expresan sentimientos de estar atrapado, de no ver una salida
- Incrementan el uso de alcohol u otras drogas
- Se retiran o evitan el contacto con amigos, familias o su entorno
- Se muestran ansiosos o agitados
- Hay patrones anormales de sueño, como el no dormir o el dormir todo el tiempo
- Cambios dramáticos en el humor, tales como sentimientos de alegría tras un largo período de tristeza o depresión
- Se desprenden de sus posesiones o se despiden de su familia y amigos
- Pierden el interés en muchas actividades en las que antes participaban
- Dicen que no hay razones para vivir o que la vida es un despropósito

Anexo documental 2: Qué hacer ante una posible conducta suicida. Guía de Práctica clínica del SNS (2012).

- Hablar sobre el suicidio: no silenciar el problema
- Estar disponible para la persona en riesgo: escucharla, ser empático, no juzgar sus pensamientos.
- Aceptar lo que está sucediendo: aceptar la situación y prestar la ayuda que tengamos a nuestro alcance
- Adoptar medidas de seguridad: evitar acceso a medicamentos o a otros medios letales.
- Decidir qué hacer; convencer a la persona de buscar ayuda profesional, solo compartiendo la información se asegura el apoyo y ayuda que necesita la persona.
- Animar a la persona a obtener ayuda: profesionales de atención primaria y urgencias, servicio de salud mental, servicios sociales, orientadores y educadores escolares, líneas telefónicas de ayuda.
- Pedir un compromiso: hablar con alguien si se tienen ideaciones suicidas, no quedarse callado, no aislarse.
- Que la persona se comprometa a cuidarse y ser cuidado, mostrando que en estas situaciones uno no está solo.