



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL
“EL ESTIGMA DEL SUICIDIO”

Autora:

D^a Sara Gil Asensio

Tutor:

D. Pablo de la Rosa

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2021- 2022

FECHA DE ENTREGA: 13 de julio de 2022

RESUMEN

Uno de los grandes problemas de salud al que tenemos que hacer frente, a nivel mundial, es el suicidio

El suicidio es un estigma, nunca se ha hablado y se ha tratado de víctimas ocultas a las personas que se han suicidado.

Conocer los factores asociados a la conducta suicida, ayudaría a salvar vidas y evitar mucho sufrimiento. Saber cuáles son los factores de riesgo y protectores permitiría diseñar programas de prevención más eficaces.

El suicidio es una conducta resultado de un largo proceso en el que se puede distinguir distintas fases.

Los trabajadores sociales en este ámbito tienen un papel fundamental, tanto antes como después del suicidio y de la ideación suicida.

Actualmente, en Castilla y León está vigente la “Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León, 2021/2025” y el “Proceso de prevención y atención de la conducta suicida”. Además, se ha puesto en funcionamiento, recientemente, el teléfono del suicidio “024”.

Con el fin de estudiar de forma prospectiva la opinión de la población general, se ha realizado una encuesta acerca de los mitos existentes alrededor del suicidio. Han participado un total de 347 personas, ofreciendo su punto de vista en lo que al suicidio respecta.

PALABRAS CLAVE: suicidio, prevención, ideación suicida, riesgo suicida, factores de riesgo, factores protectores.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen y palabras clave.....	2
Índice de tablas.....	4
Índice de siglas.....	5
1. Introducción.....	8
1.1. Descripción del contenido.....	8
1.2. Objetivos.....	8
1.3. Justificación.....	8
1.4. Metodología.....	9
1.5. Estructura del trabajo.....	10
2. Aproximación conceptual.....	11
2.1. El suicidio y su estigma.....	11
2.1.1. Glosario de términos relacionado con el suicidio.....	11
2.2. Factores de riesgo de la conducta suicida.....	13
2.2.1. Factores de riesgo sociodemográficos.....	13
2.2.2. Factores de riesgo a nivel personal.....	13
2.2.3. Factores de riesgo a nivel contextual.....	14
2.3. Factores protectores.....	15
2.3.1. Factores protectores a nivel personal.....	15
2.3.2. Factores protectores a nivel familiar.....	15
2.3.3. Factores protectores a nivel social.....	16
2.4. Fases del pensamiento suicida.....	16
2.5. El suicidio en cifras.....	17
3. Papel de las trabajadoras sociales frente al suicidio.....	19
3.1. Antes del suicidio.....	19
3.2. Después del suicidio.....	20
3.3. Después de la ideación suicida.....	20
4. Escalas de riesgo suicida.....	21
4.1. SAD PERSONS.....	21
4.2. MINI suicidio.....	22
4.3. Escala Plutchick.....	23

4.4. Escala de desesperanza de Beck.....	23
5. Herramientas actuales para hacer frente al suicidio en Castilla y León.....	26
5.1. “Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León, 2021/2025)”.....	26
5.2. “Proceso de prevención y atención de la conducta suicida”	27
5.3. Teléfono del suicidio “024”	27
6. Investigación sobre los mitos del suicidio.....	29
6.1. Mito VS realidad.....	29
6.2. Análisis de resultados.....	31
6.3. Conclusiones del estudio.....	37
7. Conclusiones.....	40
8. Bibliografía.....	42

ÍNDICE DE TABLAS

1. Criterios usados en la revisión bibliográfica.....	9-10
2. Factores de riesgo sociodemográfico.....	13
3. Factores de riesgo a nivel personal.....	13
4. Factores de riesgo a nivel contextual.....	14
5. Factores protectores a nivel personal.....	15
6. Factores protectores a nivel familiar.....	15
7. Factores protectores a nivel social.....	16
8. Escala SAD PERSONS.....	21
9. Escala MINI suicidio.....	22
10. Escala Plutchick.....	23
11. Escala de desesperanza de Beck.....	24
12. Sexo participantes.....	31
13. Edad participantes.....	32
14. Nivel de estudios completados.....	32
15. Mito nº 1: Un intento de suicidio puede ser considerado una llamada de atención.....	33
16. Mito nº 2: Una persona que se suicida quiere morir.....	33
17. Mito nº 3: La persona que se suicida es una egoísta.....	34
18. Mito nº 4: Que los medios de comunicación hablen sobre el suicidio incita a las personas a hacerlo.....	34
19. Mito nº 5: Una persona que se quiere suicidar lo va a hacer, no se puede prevenir.....	35
20. Mito nº 6: El suicidio se da de forma repentina, sin previo aviso.....	35
21. Mito nº 7: Una vez que una persona tiene pensamientos suicidas o los haya tenido, siempre va a tenerlo en mente.....	36
22. Mito nº 8: Las personas suicidas o en riesgo suicida son peligrosas, atentan contra su vida y contra la de los demás.....	36

23. Mito nº 9: Hablar con una persona en riesgo suicida sobre el tema puede incitarla a hacerlo.....	37
24. Mito nº 10: Solo las personas mayores se suicidan.....	37
25. Mitos más arraigados.....	38
26. Cruce de variables: mito nº1 con edad.....	39
27. Cruce de variables: mito nº2 con edad.....	39

ÍNDICE DE SIGLAS

1. SACYL: Sanidad de Castilla y León.
2. TFG: Trabajo de Fin de Grado.
3. CyL: Castilla y León.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción del contenido

El contenido de este Trabajo de Fin de Grado se centra en el estudio del suicidio. Tratando el estigma del suicidio desde su definición, los factores de riesgo y protectores, las escalas de riesgo suicida, hasta llegar al papel de las trabajadoras sociales en este ámbito. También se encuentra recogido en este TFG las herramientas actuales para hacer frente al suicidio en Castilla y León. De manera adicional se ha realizado una investigación sobre los mitos del suicidio, haciendo uso de la técnica de la encuesta.

1.2. Objetivos

Objetivo general:

- Acercarse a los mitos creados en torno al suicidio.

Objetivos específicos:

- Poner de manifiesto el estigma que hay alrededor del suicidio.
- Observar la evolución de la importancia del suicidio en la sociedad.
- Conocer las herramientas actuales de prevención de suicidio en Castilla y León.
- Dar importancia al conocimiento general de las señales de riesgo para prevenir el suicidio.
- Averiguar las escalas de riesgo suicida usadas, en este momento, en los equipos sanitarios del SACYL.
- Investigar sobre la opinión general de los mitos que rodean al suicidio.
- Remarcar la importancia del Trabajo Social en el ámbito del suicidio.

1.3. Justificación

A raíz de la pandemia, el tema de salud mental se ha hecho un hueco en nuestra sociedad. Los problemas relacionados con la ansiedad, depresión, suicidio, etc. solo han hecho que aumentar.

En lo relacionado con el suicidio, es necesario hablar e investigar sobre el tema, para así conseguir quitar el gran estigma que existe sobre este asunto en nuestra sociedad. Conseguir prevenir el suicidio, es una necesidad mundial hoy en día.

Sin embargo, no podemos pedir que deje de ser un tema tabú en nuestra sociedad, si somos nosotros mismos quienes lo convertimos en un asunto tabú. Gran parte de la población ha tenido pensamientos y/o ideación suicida, pero por norma general, no se habla por miedo a que te tachen de “loco”.

No solo se necesita una actuación a nivel individual, sino que también es imprescindible la participación de instituciones públicas, medios de comunicación... ¿Por qué cuando

un famoso se suicida, se maquilla la realidad diciendo cosas como: “no pudo superar la muerte de su mujer...” o “ha fallecido...”?

El lenguaje es algo muy importante que contribuye a la estigmatización, si no se usa de una forma adecuada a la realidad.

La razón principal de la elección de este tema es porque quería conocer este fenómeno social más a fondo, desde las fases de una persona antes de suicidarse hasta por qué no se habla de este tema con naturalidad. Observar que está fallando en las estrategias actuales de prevención del suicidio, tanto si son inadecuadas o ineficientes como si son inexistentes. Como futura trabajadora social afirmo que tenemos un papel fundamental para ayudar a desmitificar el suicidio.

1.4. Metodología

El trabajo se ha realizado a partir de una revisión bibliográfica, consistiendo en la recopilación de una serie de artículos científicos sobre un determinado tema, en este caso sobre el suicidio.

Ha sido lo más recomendable teniendo en cuenta el tiempo del que se disponía y la delicadeza del asunto, pues haber hecho una investigación en profundidad sobre este tema habría sido arriesgado y costoso. Aunque, hay que añadir que este es un tema poco explorado hoy en día y se necesitan más artículos que hablen sobre suicidio, sobre todo haciendo hincapié en lo que sucede en la disciplina de Trabajo Social. Aun así, la recopilación de los artículos científicos ha sido suficiente para poder realizar este trabajo.

Para ello se ha seguido los siguientes criterios:

Tabla nº 1. Criterios usados en la revisión bibliográfica.

BASES DE DATOS UTILIZADOS	Google Scholar, google (páginas web: RAE, OMS,...), Dialnet, YouTube (cortos), periódicos online.	
CRITERIOS DE SELECCIÓN	Inclusión y exclusión	De, en, y, como, o/u, AND.
	Área temática	DD.HH.
	Tipo de estudio	Científico, social.
	Tipo de documentos	Artículos originales (científicos), revisiones bibliográficas, investigaciones, vídeos, noticias de periódicos.
	Limitación del tiempo	Los artículos recogidos son del año: 2020, 2021 y 2022.
	Idioma/s	Español e inglés.

SISTEMA DE LECTURA CRÍTICA	Palabras clave	Suicidio, trabajo social.
	Combinación	Suicidio y trabajo social, Papel del Trabajo Social en el suicidio.

Fuente: elaboración propia.

1.5. Estructura del trabajo

Este Trabajo de Fin Grado se ha comenzado con una aproximación conceptual, en todo lo referido a definir el suicidio, el estigma que lo rodea y conceptos que son necesarios conocer relativos al tema. Se va a continuar haciendo un recorrido por el distintos factores de riesgo y protectores existentes, además de las fases del pensamiento suicida y datos estadísticos. Una vez sentadas las bases de conocimiento sobre la conducta suicida, se desarrollará el papel de las trabajadoras sociales en este ámbito, destacando su función antes y después del suicidio.

Las escalas de riesgo suicidas y las herramientas para hacer frente al suicidio en CyL también formaran parte de este trabajo.

Para finalizar se llevará a cabo el análisis de los resultados obtenidos de la encuesta realizada expresamente para este trabajo sobre los mitos del suicidio.

2. APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

2.1. El suicidio y su estigma

Encontrar una única conceptualización de qué es el suicidio es imposible, varía en función de los autores y referencias.

La Real Academia Española (RAE) define suicidarse como: “quitarse voluntariamente la vida”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018 lo declaró un grave problema de salud pública, a nivel mundial.

Esta organización también ha dado su definición del suicidio: “el acto de quitarse deliberadamente la propia vida”.

El Dr. Oliveros Calvo afirma que:

Un suicida no es más que alguien que quiere vivir, pero no sabe cómo hacerlo. Son personas que alcanzan una situación en la que la vida les resulta más temible que la muerte y se ven abocadas a terminar su sufrimiento atentando contra su vida. Cualquier referencia a una idea de suicidio o cualquier tentativa son siempre mensajes para pedir una ayuda que el suicida no puede pedir de otra manera (Oliveros, 2020).

En algunos medios comparan el suicidio con muertes silenciadas, puesto que, no se habla de ello en casi ningún medio de comunicación. La Asociación Internacional para la prevención del Suicidio en 2003 creó el “Día de la Prevención del suicidio” el 10 de septiembre. El silencio es un completo error, solo ayuda a siga siendo cada vez más estigma en nuestra sociedad.

Por ello, es necesario visibilizarlo y derribar los mitos. Frecuentemente, no se da voz con la justificación de evitar el “efecto Werther”, concepto recogido en el glosario de términos.

Eduard Vieta, jefe de Psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona, señala:

Hay un tabú muy grande porque dicen que no hay que hablar del suicidio, pero no, no hay que censurarlo. Hay que mejorar la formación a todos los niveles y que en atención primaria pregunten por el tema: no hay que tener miedo a inducir a la idea, hay que preguntar con sensibilidad a la gente. (Vieta, 2011)

Desde el año 2022 la OMS aconseja que se dé visibilidad al suicidio con normalidad. Por ello, piden a los periodistas y a los medios de comunicación alejarse de la leyenda urbana que dice que hablar del suicidio produce un efecto contagio (OMS, 2022).

2.1.1. Glosario de términos relacionados con el suicidio

- **Suicidio consumado:** un comportamiento autoinfligido que resulta fatal y que está asociado con al menos alguna intención de morir como resultado del acto.
- **Intento de suicidio:** un comportamiento potencialmente autoinfligido, asociado con al menos alguna intención de morir, como resultado del acto. Evidencia de que la

intención del individuo de suicidarse, al menos hasta cierto punto, puede ser explícita o inferirse de la conducta o circunstancia. Un intento de suicidio puede o no resultar en una lesión real.

- **Actos preparatorios hacia una conducta suicida inminente:** el individuo toma medidas para lesionarse a sí mismo, pero es detenido por sí mismo o por otros para que no inicien el acto de autolesión antes de que el potencial de daño haya comenzado.
- **Ideación suicida:** pensamientos pasivos de querer estar muerto o pensamientos activos de suicidarse, no acompañados de un comportamiento preparatorio.
- **Autolesión:** actos voluntarios deliberados de provocarse dolor, destructivos o lesivos sin intención de morir. Es una conducta potencialmente lesiva autoinflingida para la que existe evidencia implícita o explícita de que la persona no tiene intención de matarse, puede no provocar lesiones graves o producir una muerte autoinflingida no intencionada. Se relaciona con la conducta parasuicida.
- **Contrato de no suicidio:** Técnica psicoterapéutica empleada por psicólogos o psiquiatras con pacientes que han tenido un intento autolítico, en el que se les plantea varias cuestiones, entre ellas, contactar con el profesional de la salud mental cuando tenga ideación suicida y/o antes de cometer suicidio, comprometerse a no suicidarse en un tiempo determinado. Sólo debe plantearse cuando exista buen rapport terapéutico entre el paciente y el terapeuta.
- **Duelo:** es la reacción emocional normal ante la pérdida de un ser querido, es una experiencia cultural universal, subjetiva, que va a requerir una elaboración posterior, cuya duración va a depender de la persona.
- **Efecto werther:** imitación de la conducta suicida tras un primer suicidio consumado con repercusión mediática. Proviene de la novela de Goethe llamada Las desventuras del Joven Werther, quien se suicida después de ser rechazado por la persona amada (Phillips, 1974). En el siglo XVIII tuvo mucha repercusión e incrementó el número de suicidios entre jóvenes con desengaños amorosos. Es el EFECTO DE CONTAGIO o SUGESTIÓN del suicidio.
- **Efecto yukiko:** equivalente en Japón al efecto Werther, cuyo nombre proviene de un cantante de rock japonés que se suicidó y tras su muerte muchos jóvenes japoneses imitaron su conducta y también murieron por suicidio, después de que la noticia se difundiera de manera sensacionalista en ese país.
- **Pacto suicida:** Acuerdo mutuo entre dos o más personas para morir juntos, al mismo tiempo, usualmente en el mismo lugar y mediante el mismo método. Cuando se realiza a través de internet algunas de las características anteriores no se dan, como que sea en el mismo lugar.
- **Resiliencia:** Capacidad de aquellas personas que, sometidas a agresiones con resultado de daño (para muchos irreparable) son capaces de sobrevivir o incluso de poner en marcha estrategias nuevas ante las adversidades. Es un factor protector ante la conducta suicida en el presunto suicida y en los familiares a la hora de elaborar la situación de duelo. Crecimiento postraumático.

2.2. Factores de riesgo de la conducta suicida

Para la atención y, sobre todo, la prevención de conductas suicidas resulta de gran interés conocer cuáles son los principales factores de riesgo. Pueden ofrecernos datos fundamentales, que nos ayuden a poner los medios necesarios para evitar el suicidio.

Por factor de riesgo, según la OMS, se entiende que es “cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas asociada con la probabilidad de estar especialmente expuesta a desarrollar o padecer un proceso mórbido”.

En la actualidad, existen varias maneras de agrupar estos factores de riesgo. Para este Trabajo Fin de Grado (en adelante TFG) se ha optado por crear una fórmula propia de ordenar los distintos factores de riesgo.

2.2.1. Factores de riesgo sociodemográficos

En esta tabla se van a recoger los factores sociodemográficos, todo lo relacionado el sexo, la edad, el estado civil, la orientación sexual y nivel socioeconómico.

Tabla nº 2. Factores de riesgo sociodemográficos:

SEXO	Las mujeres tienen tasas más altas de ideación suicida e intentos que los hombres. Sin embargo, es el género masculino quien tiene una mayor tasa de suicidios consumados.
EDAD	Los jóvenes (15-34 años) y las personas mayores (>65 años) son los grupos de edad con mayor riesgo suicida.
ESTADO CIVIL	Tanto mujeres como hombres solteros, divorciados, separados o viudos tienen una tasa de suicidio más alta.
ORIENTACIÓN SEXUAL	Los jóvenes homosexuales y bisexuales tienen mayor riesgo de suicidio.
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Las personas en situación de desempleo tienen un mayor riesgo de suicidio.

Fuente: elaboración propia.

2.2.2. Factores de riesgo a nivel personal

Dentro de esta categoría, factores de riesgo a nivel personal, se van a agrupar los problemas de salud mental, los intentos de suicidio o ideación suicida y la discapacidad y/o enfermedad física. Todo aquello que es inherente a la propia persona.

Tabla nº 3. Factores de riesgo a nivel personal:

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	La presencia de un trastorno de salud mental es un gran factor de riesgo del suicidio. Entre los trastornos más comunes se encuentran: trastorno depresivo, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de la conducta alimentaria (TCA), abuso de sustancias y déficit de atención por hiperactividad.
INTENTOS DE SUICIDIOS O IDEACIÓN SUICIDA	Ser una persona que ha tenido ideación suicida y además ha existido una planificación, aumenta el riesgo suicida.
DISCAPACIDAD/ ENFERMEDAD FÍSICA	Padecer una enfermedad crónica, la pérdida de autonomía, discapacidad, mal pronóstico de una enfermedad...está relacionado con mayor riesgo suicida.

Fuente: elaboración propia.

2.2.3. Factores de riesgo a nivel contextual

Los factores de riesgo a nivel contextual hacen referencia a los antecedentes de suicidio familiar, situaciones vitales estresantes, accesibilidad a medios, falta de apoyo sociofamiliar, bullying y maltrato físico y/o verbal y abuso sexual. En resumen, todo aquello que es ajeno a la propia persona.

Tabla nº 4. Factores de riesgo a nivel contextual:

ANTECEDENTES DE SUICIDIO FAMILIAR	Haber estado expuesto a la conducta suicida de un familiar (madre, padre, hijo, ...) incrementa las probabilidades de la ideación o intento de suicidio.
SITUACIONES VITALES ESTRESANTES	Los conflictos interpersonales, problemas financieros, separación, pérdida de seres cercanos, aislamiento, soledad, fracaso escolar... Son algunos de los acontecimientos más destacados, que forman parte de la vida de una persona, y pueden aumentar el riesgo suicida.
ACCESIBILIDAD A MEDIOS	El acceso a las armas, medicamentos o tóxicos lleva implícito un riesgo suicida.
FALTA DE APOYO SOCIOFAMILIAR	Carecer de unas redes sociales estables y fuertes aumenta el riesgo de ideación e intento suicida.
BULLYING	El acoso tiene un gran efecto sobre la salud mental, por lo que aumenta la ideación y/o intento de suicidio.
MALTRATO FÍSICO/ VERBAL Y ABUSO SEXUAL	La ideación suicida es mayor en las personas que han sufrido algún tipo de maltrato, sobretodo en la etapa de la infancia.

Fuente: elaboración propia.

2.3. Factores protectores

Se entiende por factores protectores aquellas características que pueden ayudar a disminuir el riesgo de suicidio de una persona. Estos factores no eliminan toda posibilidad de suicidio, pero potenciarlos ayuda a prevenirlo.

2.3.1. Factores protectores a nivel personal

Los factores protectores a nivel personal se centran en las características que tiene cada persona para hacer frente a la ideación suicida.

Tabla nº 5. Factores protectores a nivel personal:

Capacidad para resolver problemas y conflictos.
Habilidades de comunicación.
Valores positivos como: respeto, solidaridad, cooperación, amistad, etc.
Hábitos saludables de vida como comer sano, hacer ejercicio o higiene del sueño entre otras.
Personalidad con apertura a nuevas experiencias
Tener confianza en uno mismo
Creencias religiosas, espiritualidad

Fuente: Guía Práctica de Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012)

2.3.2. Factores protectores a nivel familiar

Dentro de los factores protectores a nivel familiar se recogen lo relacionado con la red de apoyo familiar que cuenta la persona con riesgo suicida.

Tabla nº 6. Factores protectores a nivel familiar:

Buen apoyo familiar y social, con compañeros, amigos, el matrimonio.
Tener hijos, más concretamente en las mujeres.

Fuente: Guía Práctica de Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012)

2.3.3. Factores protectores a nivel social

Esta tabla agrupa los diferentes factores protectores a nivel social con los que cuenta o los que podría contar la propia persona.

Tabla nº 7. Factores protectores a nivel social:

Disponer y recibir servicios eficaces de salud mental.
Integración social.
Tratamiento integral, permanente y a largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol u otras drogas.

Fuente: Guía Práctica de Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012)

2.4. Fases del pensamiento suicida

La ideación suicida suele ser un acto previo a la conducta suicida como tal, la persona no ha elegido el método, pero tiene intenciones. No es hasta la planeación suicida cuando tiene el método específico, así como, el lugar y momento oportuno. Después de esto se da el intento suicida y/o suicidio consumado, en los cuales la persona se hace daño a sí mismo, con el fin de quitarse la vida. (Pérez. S, 2006).

Durante todo este pensamiento suicida, hay diferentes fases por la que pasa la persona, según Aláez (2013) se dan seis:

1. *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.
2. *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.
3. *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.

4. *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.
5. *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.
6. *Fase ejecutiva*: el sujeto lleva a cabo su idea el acto suicida en sí.

Carlos Miguel Bueno (2016) explicó que las personas con idea suicidarse pasan por tres etapas:

1. En la primera etapa el individuo llega a fantasear sobre qué pasaría si éste llegara a morir y cómo reaccionarían sus padres, familiares, amigos o pareja al enterarse de la noticia; en este proceso asegura el médico, es muy común dentro de la población llegar a imaginarse el panorama de su muerte.
2. La segunda etapa se denomina planeación de muerte, donde ya no solo se imagina su fin, sino también, comienzan a planear posibles métodos para consumir el acto, día, fecha o un mensaje de despedida; sin embargo, sigue teniendo dudas sobre hacerlo.
3. El intento suicida es la tercera y última etapa del proceso; donde el paciente consume el acto de la forma que haya planeado tras experimentar una serie de altibajos emocionales que lo orillan a quitarse la vida.

2.5. El suicidio en cifras

Durante el año 2020, coincidiendo con el primer año de la pandemia, ha sido el de más suicidios en España. Sucedieron 3.941 suicidios, 11 personas cada día, una persona cada dos horas y cuarto.

Los 3.941 suicidios de 2020 han supuesto un ascenso del 7,4%, con relación al 2019, es decir, 270 muertes más en un solo año.

Estos datos recabados por el INE a finales de 2021, anuncia que son récords tristes.

Los suicidios de los hombres son 2.930, mientras que los de las mujeres son 1.011. Como en todos los países los suicidios masculinos son mayores que los femeninos.

Sin embargo, son ellas quienes lo intentan tres veces más que ellos. Es la primera vez que hay más de 1000 muertes de mujeres y se dobla el suicidio en niños. (Observatorio del Suicidio en España, 2020)

Las personas mayores de 80 años han aumentado su tasa de suicidio un 20%, siendo 548.

También se ha doblado el número de suicidios en menores de 15 años, de 7 en 2019 a 14 en 2020.

Según datos de la OMS, en 2019 se suicidaron más de 700.000 personas, es decir 1 de cada 100 muertes.

A nivel mundial, se suicidan más del doble de hombres que de mujeres (12,6 por 100.000 hombre frente a 5,4 por 100.000 mujeres). Estas tasas de suicidio masculino, por normal general, son más altas en los países de ingreso alto, 16,5 por 100.000. Sin embargo, las tasas de suicidio femenino son en los países de ingreso mediano bajo, siendo 7,1 por 100.000. (OMS, 2019)

En los últimos 45 años, las muertes por suicidio a nivel mundial se han incrementado un 60%. Siendo la población adolescente la más afectada (OMS, 2005).

3. PAPEL DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES FRENTE AL SUICIDIO

El Trabajo Social trabaja directamente con personas, las cuales, por norma general, tienen unas necesidades y/o problemas. Estas personas son vulnerables, por ello, las profesionales del Trabajo Social debemos desarrollar unas habilidades sociales. Una alta sensibilidad sumada a una gran inteligencia emocional. (Colom, 1998).

3.1. Antes del suicidio

Conseguir prevenir el suicidio es uno de los mayores retos en la sociedad actual, pero cabe decir, que el Trabajo Social es una profesión con gran poder para intervenir en este ámbito.

El hecho de que el suicidio siga siendo un tabú y un estigma hace muy difícil conseguir prevenirlo, además, supone una barrera mental para aquellas personas con ideación suicida.

El diccionario Estatal de Trabajo Social define prevención social como:

Conjunto de actuaciones de carácter técnico instrumental dirigidas a la ciudadanía para favorecer la implicación y el fortalecimiento de las redes sociales de una comunidad. El objetivo es evitar la aparición de factores que puedan producir procesos de marginación o exclusión social o eliminar los ya existentes (Rucabado, A.M, 2012).

Las trabajadoras sociales, por ejemplo, de los Centros de Salud pueden detectar los factores de riesgo, durante la entrevista con un usuario. Luego es necesario que ese profesional, si detecta un posible riesgo, pueda actuar de manera conjunta y coordinada con otros profesionales de la salud. Ofreciendo al usuario una intervención integral, que haga frente a sus necesidades sociales, psicológicas, médicas, etc. Si se consigue una buena coordinación funcional como una herramienta de prevención.

Otro campo donde se puede ver la prevención es en las cárceles. Las trabajadoras sociales se encargan de crear y dirigir programas sociales dirigidos a evitar el suicidio. Por ejemplo: “Programa preso de confianza o preso sombra”, consiste en la supervisión 24 horas al día de un preso, que tiene riesgo suicida. Esta supervisión es llevada a cabo por otro preso de confianza.

Actualmente, existe la “Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León, 2021-2025”. La cual desarrolla una serie de medidas que se quieren llevar a cabo, como: incorporar en los servicios de Teleasistencia avanzada criterios para la identificación del riesgo suicida o establecer un protocolo de intervención conjunta entre el sistema sanitario y el sistema educativo.

También en el ámbito sanitario se está haciendo uso del “Proceso de prevención y atención de la conducta suicida” (SACYL). Su misión es: establecer un conjunto de acciones de prevención, coordinación e intervención de carácter multidisciplinar e

integrado, que den respuesta a las necesidades generadas por las personas con riesgo en la Comunidad de Castilla y León.

3.2. Después del suicidio

Cuando una persona se suicida, las personas de su alrededor entran en un proceso de duelo.

La OMS define el duelo como: “la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida.”

Dependiendo del duelo (pérdida de un progenitor, duelo paterno filial, ...) la Trabajadora Social debe tener en cuenta unas cosas u otras. No es lo mismo perder a un hijo que a un padre. Este duelo afecta a varias dimensiones de la vida (cognitiva, conductual, social, emocional, etc.), entenderlas es de gran ayuda para lograr una buena intervención con el usuario.

El hecho de que afecta a varias dimensiones de la vida hace entendible que se acuda al psicólogo, de manera normativa, pero no debemos olvidar la figura de la Trabajadora Social, es fundamental para controlar otros ámbitos de la vida de la persona. Darles la posibilidad de sentirse acompañados por un profesional social.

3.3. Después de la ideación suicida

También existe una intervención posterior con las personas que han tenido ideación suicida y/o han llevado a cabo el suicidio, pero han sobrevivido.

Darles su lugar desde el Trabajo Social es fundamental, el hecho de que una persona haya tenido pensamientos suicidas no significa que los vaya a tener toda la vida.

Por ello, las trabajadoras sociales se encargan de fomentar grupos de autoayuda.

Por ejemplo, para personas que ya han superado el deseo de suicidarse, que sirvan de ejemplo los testimonios a aquellas personas que si les tienen en la cabeza.

4. ESCALAS DE RIESGO SUICIDA

Hay varios tipos de escalas, algunas son de evaluación específicas de conducta suicida, como la de SAD PERSONS, mientras que otras son no específica, como la MINI.

Los Equipos de Salud Mental del SACYL están haciendo uso de dos escalas, la SAD PERSONS y la MINI, para hacer frente a esta problemática.

4.1. SAD PERSONS

Una de las escalas que actualmente está siendo utilizada para medir el riesgo suicida de un paciente es la escala SAD PERSONS (Patterson et al. 1983). Recibe este nombre porque es un mnemotécnico, para ayudar a los profesionales de salud a no olvidar ningún elemento.

Un sitio común donde se suele usar esta escala es en las salas de emergencias. Sirve para determinar rápida y fácilmente la gravedad de la situación.

El Anexo IV del “Proceso de Prevención y Atención de la Conducta Suicida”, creado por la Gerencia Regional de Salud menciona que esta escala: fue diseñada para evaluar el riesgo de suicidio por medio de factores clínico y sociodemográficos y se valora la ausencia / presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto.

Tabla nº 8. Escala SAD PERSONS:

Sex	Género masculino
Age	<20 o >45 años
Depresión	Presencia de depresión
Previous Attempt	Intento de suicidio previo
Ethanol abuse	Abuso de alcohol
Rational thinking los	Ausencia de pensamiento racional
Social support lacking	Apoyo social inadecuado
Organized plan for suicide	Plan elaborado de suicidio
No spouse	No pareja
Sickness	Problemas de salud

0-2: bajo riesgo
3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingresos
5-6: riesgo alto, se recomienda ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social
7-10: precisa ingreso

Fuente: Elaboración propia, a partir de Proceso de Prevención y Atención de la Conducta Suicida

4.2. MINI suicidio

Esta escala es una entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Sheehan et al. 1997). Sus características principales hacen referencia a una estructuración, de la entrevista, y a su breve duración.

Tiene un módulo que explora el riesgo de suicidio. La opción “SI” en un ítem se corresponde con una puntuación. La suma de todas las puntuaciones se corresponde con un riesgo determinado.

Tabla nº 9. Escala MINI suicidio:

Durante este ÚLTIMO MES:			Puntos:
¿Ha pensado que estaría mejor muerto o ha deseado estarlo?	No	Si	1
¿Ha querido hacerse daño?	No	Si	2
¿Ha pensado en el suicidio?	No	Si	6
¿Ha planeado como suicidarse?	No	Si	10
¿Ha intentado suicidarse?	No	Si	10
¿A lo largo de su vida ha intentado alguna vez suicidarse?	No	Si	4
Riesgo de suicidio: 1-5 Leve; 6-9 Moderado; > 10 Alto			

Fuente: elaboración propia, a partir de Proceso de Prevención y Atención de la Conducta Suicida.

4.3. Escala Plutchick

La ERSP (Escala de Riesgo Suicida de Plutchick) originalmente estaba formada por veintiséis ítems, que evalúa los intentos auto líticos previos, la intensidad de la ideación suicida actual, los sentimientos de depresión, desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas de suicidio (Plutchick & Van Praag, 1989). Incluía trece ítems discriminativos para pacientes con intentos suicidas, y su consistencia interna original era de 84; sin embargo, esta versión no reportaba un análisis factorial (Plutchick & Van Praag, 1989).

Actualmente este cuestionario consta de quince preguntas, con respuesta si o no. Cada respuesta afirmativa puntúa un punto. El punto de corte propuesto son 6 puntos.

Tabla nº 10. Escala Plutchick:

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (ERSP-8) Patricio R. Arias & Felipe E. García		
Instrucciones: las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.		
¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?	SI	NO
¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO

Fuente: elaboración propia

4.4. Escala de desesperanza de Beck

Beck junto con sus colaboradores diseñó esta escala con el objetivo de contar con un instrumento útil, que permita detectar pesimismo y actitudes negativas, está dirigida a pacientes con depresión y riesgo suicida.

La BHS hace uso de tres factores, los cuales son el factor afectivo, motivacional y cognitivo.

El factor afectivo hace hincapié en los sentimientos de esperanza, felicidad, fe, entusiasmo y momentos agradables. Sin embargo, el factor motivacional recoge información respecto a la pérdida de motivación en la persona, manifestada en las decisiones de no querer esforzarse por algo deseado, querer rendirse o no querer conseguir nada en especial. Por último, el factor cognitivo se centra en obtener información acerca de las expectativas futuras y anticipaciones negativas respecto a la vida. Se encuentra formada por veinte ítems, con dos opciones de verdadero o falso. Aquellas afirmaciones que indican desesperanza se califican con un punto y los que no, con cero puntos, siendo la puntuación máxima veinte. Para su interpretación se ha tomado como referencia lo siguiente: 0-3 rango normal o asintomático, 4-8 leve, 9-14 moderado y 15- 20 severo.

Tabla nº 11. Escala de desesperanza de Beck:

	V	F
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		
12. No espero conseguir lo que realmente deseo		
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14. Las cosas no marchan como yo quisiera		

15. Tengo una gran confianza en el futuro		
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18. El futuro me parece vago e incierto		
19. Espero más bien épocas buenas que malas		
20. No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Fuente: elaboración propia.

Se han señalado las escalas más importantes y reconocidas, aunque cabe destacar la existencia de otras tantas.

Un artículo sobre las escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria concluye: pese a la gran cantidad de escalas ninguna ha sido usada de manera generalizada por el personal médico. Su poco uso puede deberse al total desconocimiento de estas. Además, ninguna puede lograr predecir al 100% el riesgo suicida de un paciente. (Rangel-Garzón, Suárez-Beltrán y Escobar-Córdoba, 2015)

5. HERRAMIENTAS ACTUALES PARA HACER FRENTE AL SUICIDIO EN CYL

5.1. “Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León, 2021/2025”

Dentro de esta Estrategias se recogen de manera introductoria la epidemiología de la conducta suicida, factores asociados a la conducta suicida y el marco estratégico y de atención de la OMS, Unión Europea, SNS y Castilla y León (en adelante CyL).

El abordaje actual de la conducta suicida en CyL está llevándose a cabo desde el ámbito sanitario, educativo, servicios sociales. Se va a desarrollar a continuación lo relacionado con los social.

En los servicios sociales se actúa de manera continua frente al suicidio, sobre todo en personas con enfermedad mental. El abordaje de intentos previos de suicidio es imprescindible, puesto que, las actuaciones desarrolladas van en busca de potenciar su proyecto de vida.

En cuanto al consumo abusivo de drogas, gracias a los centros y servicios de la Red de Asistencia a Drogodependientes (RAD) y a los servicios de prevención que intervienen con menores de 21 años, se consiguen detectar situaciones de riesgo de conducta suicida. En la *Guía de gestión de procesos y procedimiento ambulatorias para personas drogodependientes de Castilla y León* se usan la entrevista MINI y la escala SAD PERSON, para la evaluación de un posible riesgo suicida.

Lo relacionado con menores en centros de internamiento, como por ejemplo el Centro Regional Zambrana, se ha centrado en un programa de prevención de las conductas autolíticas. Sus objetivos se centran en la detección de posibles conductas autolíticas de los menores, crear unos criterios básicos de actuación ante ese riesgo suicida y establecer un orden entre los profesionales, que permite transmitir la información de manera coordinada.

En el ámbito comunitario se remarca la idea del estigma del suicidio, lo difícil que es para los “supervivientes” superar el duelo, y la tendencia a aislarse. Al ser un tema tabú, se crea una barrera entre las personas con ideas suicidas y la sociedad. Esto no ayuda a que pidan ayuda cuando sea necesario. CyL en el plano social se puede señalar la actuación de movimientos asociativos de familiares, las campañas de sensibilización sobre la salud mental, programas formativos, fomento de grupos de ayuda mutua, grupos específicos de “supervivientes” y acciones de apoyo psicológico y social, entre otras.

El objetivo general de la Estrategia es “disminuir la incidencia y la prevalencia del suicidio en CyL, garantizando una atención adecuada de la persona y sus allegados, mediante el abordaje integral del proceso de prevención, atención y seguimiento de la conducta suicida”.

Se articula en cinco estrategias: medidas de prevención universal, medidas de prevención selectiva (grupos vulnerables), medidas de prevención indicada, vigilancia epidemiológica e investigación, y formación.

5.2. “Proceso de prevención y atención de la conducta suicida”

Este proceso se ha implantado desde el Sacyl, recalca que, a pesar de los tratamientos psiquiátricos y la asistencia a pacientes con problemas de salud mental, el suicidio sigue siendo uno de los principales problemas de salud mental.

Su misión principal es establecer un conjunto de acciones preventivas, de coordinación y de intervención, con carácter multidisciplinar e integrado. Buscando dar respuesta a las necesidades generadas de las personas con riesgo suicida en Castilla y León.

La población a la que va dirigida son personas que acudan a servicios sanitarios, con tentativas o ideas suicidas.

En las actividades de este Proceso de prevención y atención van a participar el médico/a de familia, pediatra, enfermería y trabajadora social.

A continuación, se va a centrar la atención en las actividades que va a ser responsable la trabajadora social, junto con otros profesionales sanitarios.

Dentro de la atención primaria:

- Detección, evaluación y formulación del riesgo suicida. Esta actividad tiene como objetivo identificar a las personas en riesgo suicida, evaluar la gravedad, los factores de riesgo y de protección y establecer un nivel de riesgo operativo. Todo esto se realiza a través de la entrevista clínica, el juicio clínico del profesional, las escalas MINI y SAD PERSONS. Se recomienda una vez evaluada la situación, operativizar en torno a tres niveles: bajo, medio y alto. En situaciones de crisis psico-sociales es necesaria una evaluación periódica.

En los servicios de salud mental:

- Elaboración de un plan de protección y tratamiento del paciente suicida en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP). Se centra en la detención del riesgo suicida, crear y mantener un entorno protector que evite posibles intentos suicidas y el manejo terapéutico del riesgo suicida.
- Continuidad terapéutica al alta hospitalaria. Con esta actividad se quiere conseguir elaborar un programa de tratamiento y seguimiento post-alta, además de reducir nuevas tentativas.
- Seguimiento y continuidad terapéutica ambulatoria. Se busca asegurar la continuidad en la atención, y así, evitar abandonos de atención. También tiene por objeto promover la recuperación de nuevos roles y metas personales.
- Coordinación con Atención Primaria (AP). Con esto se conseguirá una fluidez de información y, por supuesto, asegurar la continuidad asistencial.

5.3. Teléfono del suicidio “024”

Se trata de un recurso de reciente implantación. Anteriormente existían otro tipo de líneas telefónicas, como “teléfono de la esperanza”, dentro de los ámbitos de actuación

uno era la prevención del suicidio, a través de un número de teléfono (717003717). Esta entidad está formada por voluntarios, en su mayoría, 1515 personas voluntarias y solo 34 contratadas. Actualmente, tiene una sede en Valladolid, fundada en el 1991.

Ante el gran problema de salud pública que es el suicidio, el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha la línea 024 de atención a la conducta suicida. Es un teléfono que tiene como objetivo ayudar a las personas con pensamientos, ideaciones o riesgo de conducta suicida, a través de la contención emocional mediante la escucha activa de profesional del 024. Ante situaciones de crisis y emergencia la recomendación es que los profesionales del 024 contacten con los servicios sanitarios del SNS o se derive al 112.

Es una línea gratuita, confidencial y disponible 24 horas del día, 365 días al año.

Ha entrado en funcionamiento el 10 de mayo de 2022 y estará en activo durante un año. Será gestionado por Cruz Roja, la cual ha recibido una subvención para hacer frente a este nuevo “proyecto”. El equipo que atiende esas llamadas estará formado por profesionales de la psicología, con la formación especializada en suicidios. También se va a contar con un equipo multidisciplinar que puedan servir de apoyo, como trabajadoras sociales.

Al ser un recurso de muy reciente implantación, están a la espera de ver como que se desarrolla en el tiempo para modificar lo que no funcione. De momento, está formado por un responsable del servicio, 11 supervisores y 26 operarios. Está adaptado a todas las necesidades, incluyendo un servicio de viodeinterpretación de signos y un servicio de interpretación, para evitar barreras en la comunicación.

6. INVESTIGACIÓN SOBRE LOS MITOS DEL SUICIDIO

Con el propósito de conocer la opinión sobre el suicidio se ha realizado una pequeña encuesta a una muestra aleatoria, siguiendo la estrategia conocida como “efecto bola de nieve” (snowball sampling). Se trata de una técnica de muestreo de tipo no probabilístico en la que los individuos seleccionados, para ser estudiados, reclutan a nuevos participantes entre sus iguales y conocidos. Se denomina "bola de nieve" porque se asemeja al efecto de una bola de nieve cuando rueda libremente por una pendiente haciéndose progresivamente más y más grande. Así, esta técnica permite que la muestra vaya creciendo en la misma medida que las personas inicialmente seleccionadas vayan invitando a sus iguales (Gorjup y Baltar, 2012).

La encuesta consta de diez preguntas sobre los distintos mitos que hay alrededor del suicidio. Las respuestas son cerradas y se utilizan escalas tipo Lickert, con cuatro posibles respuestas, representando distintos grados de acuerdo o desacuerdo con la afirmación planteada: totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, poco de acuerdo y nada de acuerdo.

La difusión se ha realizado siguiendo el llamado “efecto bola de nieve”, pasando la encuesta por diferentes contactos, grupos de WhatsApp, las redes sociales Instagram y Twitter. La encuesta se difundió entre los días 24 y 28 de mayo del presente año.

No se ha restringido la encuesta a un perfil determinado de participante, sino que estaba abierta a todo tipo de personas, indistintamente de la edad y el sexo.

El número de participantes total ha sido de 446, se han descartado las encuestas incompletas, reduciéndose la muestra a 347. Se trata de una muestra que permite realizar un análisis prospectivo interesante sobre los mitos que sobre el suicidio mantiene la población general.

6.1. Mito vs realidad

Este apartado se centra en contrastar los mitos que posee la población general con la evidencia científica sobre la conducta suicida. Se han seleccionado para la encuesta diez mitos, aunque el número de mitos es mucho mayor.

Los mitos son criterios culturalmente aceptados, que no reflejan una veracidad científica. Al final, son juicios de valor erróneos que impiden comprender la complejidad del suicidio. Cada mito existente se convierte en un freno para la prevención de la conducta suicida. A continuación, se explican los diez mitos seleccionados para contrastar en la encuesta.

1. Un intento de suicidio puede ser considerado una llamada de atención.

Esta afirmación es completamente errónea. Cualquier aviso o amenaza de suicidio debe ser tenida en cuenta, no existen llamadas de atención. Cuando una persona expresa su

ideación suicida, aunque no tenga intención real de morir, se tiene que tomar como una petición de ayuda.

2. Una persona que se suicida quiere morir.

Ante esta creencia irracional, la realidad es que una persona suicida es ambivalente ante la vida o la muerte. Estas personas no quieren morir, por norma general, lo que no quieren es seguir viviendo con ese sufrimiento mental. Al no encontrar otra forma de dejar de sufrir y de luchar contra la desesperanza, piensan que su única salida es el suicidio.

3. La persona que se suicida es una egoísta.

Calificar a una persona suicida de egoísta es algo doloroso, sobre todo para las personas que viven el duelo por el suicidio, los supervivientes. Lo identifican como un acto de egoísmo, lo que le añade culpabilidad y limita la capacidad de comprensión de este acto.

4. Que los medios de comunicación hablen sobre el suicidio incita a las personas a hacerlo.

Los medios comunicación pueden ser un aliado para la prevención del suicidio, buscando un buen enfoque del tema. Publicando los signos de alarma de una crisis suicida: aislamiento, deseos de morir, ...

También sería interesante que difundieran cuáles son los organismos, instituciones y recursos existentes a los que pueden acudir estas personas en riesgo suicida, o familiares, amigos que quieren ayudar en estas situaciones.

5. Una persona que se quiere suicidar lo va a hacer, no se puede prevenir.

Antes de intentar suicidarse las personas dan señales de alarma sobre el riesgo de autolisis. Estas señales, detectadas a su debido tiempo pueden formar parte del proceso de prevención. Es importante una buena coordinación profesionales implicados (salud, educación, servicios sociales, cuerpos y fuerzas de seguridad...) ante situaciones de riesgo suicida.

6. El suicidio se da de forma repentina, sin previo aviso.

Casi la totalidad de las personas que tienen una tentativa de suicidio han hablado de ello, y en el resto se ha podido apreciar en los cambios de comportamiento. Estas personas han dado señales de advertencia verbal y/o conductual, por ello es importante que exista un conocimiento general de estas señales de alerta.

7. Una vez que una persona tiene pensamientos suicidas o los haya tenido, siempre va a tenerlos en mente.

Es verdad que cuando se produce el alta después de un ingreso hospitalario por conducta suicida, puede considerarse una situación de riesgo volver a intentarlo, al menos durante el primer año. El seguimiento es algo imprescindible, pero no hay que caer en la sobreprotección del individuo por miedo a que se repita. Una crisis suicida tiene un inicio y un fin.

Entre el 1% y el 2% de los que intentan suicidarse lo logran durante el primer año después del intento, y entre el 10% y el 20% lo consumarán en el resto de sus vidas (Pérez Barrero, 2005).

8. Las personas suicidas o en riesgo suicida son peligrosas, atentan contra su vida y contra la de los demás.

Es totalmente erróneo decir que las personas suicidas son peligrosas para las demás personas. Este mito es generador de temor, obstaculizando que se pueda ayudar a estas personas ante situaciones de riesgo. El suicidio es un acto autoagresivo, en el que los impulsos destructivos son solamente contra uno mismo.

9. Hablar con una persona en riesgo suicida sobre el tema puede incitarla a hacerlo.

Está demostrado que el hecho de hablar con una persona sobre el suicidio, cuando tiene intenciones de hacerlo, lejos de incitarla a hacerlo lo previene. Reduce el peligro de cometerlo, y la persona puede encontrar una posibilidad de expresar la ideación suicida. Aunque no estemos formados profesionalmente para atender estas situaciones, adoptar una postura atenta y de escucha activa, es suficiente para el inicio de la prevención. Hablar sobre ello es un factor de protección.

10. Solo las personas mayores se suicidan.

La realidad es que las personas mayores tienen menos tentativas de suicidio que los jóvenes, pero usan métodos más letales, lo cual conlleva el resultado de muerte con mayor frecuencia. Además, podemos observar que los datos disponibles al respecto reflejan un aumento del suicidio en los jóvenes y adolescentes.

6.2. Análisis de resultados

Tabla nº 12. Sexo participantes:

Respuestas	Ab.	%
Mujer	245	70,81%
Hombre	98	28,32%

Otros	3	0,87%
Total	346	100,0%

Fuente: encuesta a población general

Las mujeres han tenido mayor número de participación en la realización de esta encuesta.

Tabla nº 13. Edad participantes:

Respuestas	Ab.	%
Menos de 18 años	21	6,31%
De 18 a 25 años	181	54,35%
De 26 a 30 años	14	4,20%
De 31 a 40 años	7	2,10%
De 41 a 50 años	25	7,51%
Más de 50 años	85	25,53%
Total	333	100,0%

Fuente: encuesta a población general

Se puede observar que hay participantes de todas las edades, pero mayoritariamente de la franja de edad de 18 a 25 años. Seguidamente con gran participación se encuentra el grupo de mayores de 50 años.

Tabla nº 14. Nivel de estudios completados:

Respuestas	Ab.	%
Básicos (Educación obligatoria)	11	3,15%
Secundaria	89	25,50%
Universitarios- FP	248	71,06%
Sin estudios	1	0,29%
Total	346	100,0%

Fuente: encuesta a población general

Se observa que 248 personas cuentan con estudios universitarios/ FP, y tan solo una persona no tiene estudios.

Tabla nº 15. Mito nº 1: Un intento de suicidio puede ser considerado una llamada de atención

Respuestas	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	109	33,1%
Bastante de acuerdo	90	27,4%
Poco de acuerdo	90	27,4%
Nada de acuerdo	40	12,2%
Total	329	100,0%

Fuente: encuesta a población general

Más de la mitad de los encuestados consideran que un intento de suicidio puede ser considerado una llamada de atención, están totalmente y bastante de acuerdo con esta afirmación.

Tabla nº 16. Mito nº 2: Una persona que se suicida quiere morir.

Respuestas	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	69	21,43%
Bastante de acuerdo	128	39,75%
Poco de acuerdo	103	31,99%
Nada de acuerdo	22	6,83%
Total	322	100,0%

Fuente: encuesta a población general

Un total de 197 personas creen que una persona que se suicida quiere morir, un número que refleja una creencia errónea.

Tabla nº 17. Mito nº 3: La persona que se suicida es una egoísta.

Respuestas	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	3	0,92%
Bastante de acuerdo	43	13,15%
Poco de acuerdo	114	34,86%
Nada de acuerdo	167	51,07%
Total	327	100,0%

Fuente: encuesta a población general

Los resultados de esta pregunta reflejan que más de un tercio de los encuestados, no están de acuerdo con que una persona que se suicida es una egoísta.

Tabla nº 18. Mito nº 4: Que los medios de comunicación hablen sobre el suicidio incita a las personas a hacerlo.

Respuestas	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	6	1,83%
Bastante de acuerdo	43	13,15%
Poco de acuerdo	130	39,76%
Nada de acuerdo	148	45,26%
Total	327	100,0%

Fuente: encuesta a población general

Para la mayoría de las personas que han realizado la encuesta están poco y nada de acuerdo con la afirmación. No comparten la idea de por el hecho de que los medios de comunicación hablen de suicidio, se esté incitando a las personas a hacerlo.

Tabla nº 19. Mito nº 5: Una persona que se quiere suicidar lo va a hacer, no se puede prevenir.

Respuestas	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	7	2,14%
Bastante de acuerdo	43	13,15%
Poco de acuerdo	116	35,47%
Nada de acuerdo	161	49,24%
Total	327	100,0%

Fuente: encuesta a población general

Que una persona que se quiera suicidar lo va a hacer, no se puede prevenir, no es una afirmación con la que estén de acuerdo. Más de un tercio de los encuestados cree el suicidio sí se puede prevenir.

Tabla nº 20. Mito nº 6: El suicidio se da de forma repentina, sin previo aviso.

Respuestas	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	7	2,13%
Bastante de acuerdo	28	8,51%
Poco de acuerdo	135	41,03%
Nada de acuerdo	159	48,33%
Total	329	100,0%

Fuente: encuesta a población general

En esta afirmación, sucede que, de forma, casi unánime, los encuestados creen que el suicidio no se da forma repentina, sin previo aviso. Por tanto, comparten la idea que una persona con ideación suicida manda señales

Tabla nº 21. Mito nº 7: Una vez que una persona tiene pensamientos suicidas o los haya tenido, siempre va a tenerlo en mente.

Respuestas	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	21	6,44%
Bastante de acuerdo	118	36,20%
Poco de acuerdo	125	38,34%
Nada de acuerdo	62	19,02%
Total	326	100,0%

Fuente: encuesta a población general

En este caso, los resultados están bastante igualados entre estar de acuerdo o no estarlo. Pero hay una ligera tendencia con estar poco y nada de acuerdo, con la idea de que los pensamientos suicidas, una vez que aparecen, siempre vas a tenerlo en mente.

Tabla nº 22. Mito nº 8: Las personas suicidas o en riesgo suicida son peligrosas, atentan contra su vida y contra la de los demás.

Respuestas	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	2	0,61%
Bastante de acuerdo	38	11,62%
Poco de acuerdo	143	43,73%
Nada de acuerdo	144	44,04%
Total	327	100,0%

Fuente: encuesta a población general

Unos datos que reflejan que los encuestados para nada comparten que las personas suicidas o en riesgo suicida, son un peligro para los demás, pudiendo atentar contra la vida de otros.

Tabla nº 23. Mito nº 9: Hablar con una persona en riesgo suicida sobre el tema puede incitarla a hacerlo.

Respuestas	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	7	2,15%
Bastante de acuerdo	27	8,28%
Poco de acuerdo	173	53,07%
Nada de acuerdo	119	36,50%
Total	326	100,0%

Fuente: encuesta a población general

La tendencia de los encuestados es estar poco y nada de acuerdo con que hablar con una persona en riesgo suicida sobre el tema, le puede incitar a hacerlo.

Tabla nº 24. Mito nº 10: Solo las personas mayores se suicidan.

Respuestas	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	0	0%
Bastante de acuerdo	2	0,61%
Poco de acuerdo	28	8,56%
Nada de acuerdo	297	90,83%
Total	327	100,0%

Fuente: encuesta a población general

Casi el total de las personas que han participado en la encuesta no están nada de acuerdo con que solo las personas mayores se suicidan.

6.3. Conclusiones del estudio

Del estudio realizado se desprende que en torno al suicidio existen unos mitos más arraigados que otros en la población/sociedad.

Por mitos más arraigados se entiende que son aquellos que las respuestas de los encuestados se agrupan, mayoritariamente, en totalmente y bastante de acuerdo. Entre los más arraigados se encuentran: “un intento de suicidio puede ser considerado una llamada de atención” y “una persona que se suicida quiere morir”.

Tabla nº 25. Mitos más arraigados.

	Mito 1º: “Un intento de suicidio puede ser considerado una llamada de atención”		Mitos 2º: “Una persona que se suicida quiere morir”	
	Ab.	%	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	109	33,1%	69	21,43%
Bastante de acuerdo	90	27,4%	128	39,75%
Poco de acuerdo	90	27,4%	103	31,99%
Nada de acuerdo	40	12,2%	22	6,83%
Total	329	100%	322	100%

Fuente: encuesta a población general

Los mitos menos arraigados hacen referencia a las respuestas “poco de acuerdo” y “nada de acuerdo”. Según los encuestados los mitos menos arraigados para ellos son: “la persona que se suicida es una egoísta”; “que los medios de comunicación hablen sobre el suicidio incita a las personas a hacerlo”; “una persona que se quiere suicidar lo va a hacer, no se puede prevenir”; “el suicidio se da de forma repentina, sin previo aviso”; “una vez que una persona tiene pensamientos suicidas o los haya tenido, siempre va a tenerlo en mente”; “las personas suicidas o en riesgo suicida son peligrosas, atentan contra su vida y contra la de los demás”; “hablar con una persona en riesgo suicida sobre el tema puede incitarla a hacerlo” y “solo las personas mayores se suicidan”.

A continuación, se van a cruzar dos variables, los mitos más arraigados con la edad de los encuestados. Los grupos de edad se agruparán en menores de 25 años y mayores de 41 años. El objetivo es observar si existe alguna diferencia, en función de la edad, en cuanto a los mitos. La sociedad actual está más familiarizada con las cuestiones relativas la salud mental y todo lo relacionado con ella, como puede ser el suicidio. Sin embargo, por lo general, las personas de mayor de edad han vivido en una época en la que no era habitual asistir a terapias psicológicas o especialistas en salud mental, por ese motivo, el suicidio podría ser más tabú para ellos.

El primer mito es: “un intento de suicidio puede ser considerado una llamada de atención”.

Tabla nº 26. Cruce de variables: mito nº1 con edad.

	-25 años		+41 años	
	Ab.	%	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	51	27,56%	46	44,23%
Bastante de acuerdo	42	22,70%	32	30,76%
Poco de acuerdo	60	32,43%	21	20,19%
Nada de acuerdo	32	17,29%	5	4,80%
Total	185	100%	104	100%

Fuente: encuesta a población general

Cabe decir que existe diferencia en el número de participantes, hay más respuestas de personas menores de 25 años que de mayores de 41 años. En cuanto al grupo de menores de 25, la mitad de los encuestados se ha decantado por “estar de acuerdo”, y la otra mitad por “no estarlo”. Sin embargo, la mayoría del grupo de mayores de 41 están totalmente o bastante de acuerdo con la afirmación.

El segundo mito es: “una persona que se suicida quiere morir”.

Tabla nº 27. Cruce de variables: mito nº2 con edad.

	-25 años		+41 años	
	Ab.	%	Ab.	%
Totalmente de acuerdo	33	17,83%	25	24,50%
Bastante de acuerdo	67	36,21%	47	46,07%
Poco de acuerdo	71	38,37%	23	22,54%
Nada de acuerdo	14	7,56%	7	6,80%
Total	185	100%	102	100%

Fuente: encuesta a población general

El grupo de menores de 25 años han respondido, mayoritariamente, totalmente y bastante de acuerdo con el mito. Y el grupo de mayores de 41, casi un tercio de ellos también ha respondido totalmente y bastante de acuerdo.

7. CONCLUSIONES

A lo largo de este Trabajo de Fin de Grado he desarrollado de manera detallada el fenómeno del suicidio.

Está claro, una vez vistos los datos estadísticos, que el suicidio es un problema de salud pública. Hace falta una intervención más eficaz, por parte de los organismos públicos, que consiga reducir el número de suicidios.

Quiero destacar la importancia de los medios de comunicación ante este problema. En el caso de la televisión, creo que es momento de que se empiece a tratar el suicidio. Dejando de tratar a las personas que se suicidan como víctimas “silenciadas”. Poner nombre a las cosas hace más fácil que las personas se identifiquen con ello, y, por tanto, se pueda prevenir.

Otro dato interesante, que me ha quedado claro a raíz del TFG, ha sido el carácter multidimensional del suicidio. Una persona que se suicida, o lo intenta, no solo es porque tenga un problema de salud mental, sino que influyen muchos factores. Es un fenómeno sanitario, social y psicológico.

En el caso de la prevención, por lo que he podido leer y preguntar a trabajadoras sociales, el papel del Trabajo Social podría ser mucho más activo. Remarcando la importancia de una formación específica para intervenir de la mejor manera.

Debo decir que conocer los factores de riesgo de una persona en riesgo suicida es importante, pero no se deben perder de vista los factores protectores. Durante la carrera nos han repetido que hay que fijarse en los aspectos negativos (falta de apoyo social, desempleado...) de un usuario, pero son igual de importante, para conseguir una intervención efectiva, tener en cuenta los aspectos positivos (contar con una vivienda propia, la voluntariedad...).

Hoy en día, existen gran cantidad de escalas que miden el riesgo suicida, sin embargo, en la realidad no parecen usarse de forma continuada, por lo menos en la atención primaria. Las herramientas para prevenir el suicidio en CyL están actualizadas y adaptándose a la sociedad.

En cuanto a la encuesta realizada me ha sorprendida la buena acogida que ha tenido, en pocos días ha recibido un gran número de respuestas. A primera vista, y una vez analizada los resultados de la encuesta, no parece que los encuestados crean que los mitos corresponden con la realidad.

No he tenido ninguna dificultad “técnica” a la hora de hacer el TFG, he encontrado todo tipo de información, el único problema para mí ha sido la organización del tiempo. En cambio, sí que he tenido dificultades “personales”. Es un tema delicado, y mentiría si digo que para mí no ha sido un tema tabú, por ello, se hacía incómodo leer algunos artículos.

Este TFG puede servir como documento en el que esté recogido, de forma general, el estado actual del suicidio, así como, la prevención de la que se está haciendo uso en CyL.

Como aprendizajes propios destacaría conocer en profundidad el suicidio, saber distinguir que datos son más relevantes para mi TFG, la creación de una encuesta y el manejo de sus resultados.

Para finalizar, me gustaría dejar dos preguntas sobre las que estaría bien que cada uno reflexionara: ¿Hablas del suicidio? y ¿Tú contribuyes al estigma?

8. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, C. (2020). *El trabajo social como campo de intervención con adolescentes con conductas autodestructivas, una mirada epocal* [Archivo PDF] https://www.margen.org/epub/Aguilera_2020.pdf
- Castellvi-Obiols, P. (2018) *El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir* [Archivo PDF]. [http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el suicidio en la adolescencia un problema de salud publica que se puede y debe prevenir.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el%20suicidio%20en%20la%20adolescencia%20un%20problema%20de%20salud%20publica%20que%20se%20puede%20y%20debe%20prevenir.pdf)
- CIENCIA, D., & SANIDAD, P. S. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (2020).
- de Murcia, C. D. S. R. (s. f.). *Murciasalud*. Servicio Murciano de Salud. <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=306209&idsec=5574#>
- Elbal, A. H. (2021, 7 abril). *Teléfonos de Prevención del Suicidio en España*. TutetiContigo. <https://tuteticontigo.com/telefonos-de-prevencion-del-suicidio-en-espana/>
- García-Resa, E., Braquehais, D., Blasco, H., Ramírez, A., Jiménez, L., Díaz-Sastre, C., ... & Sáiz, J. (2002). Aspectos sociodemográficos de los intentos de suicidio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(2), 112-119.
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2022). *Estrategia de prevención de la conducta suicida en Castilla y León 2021-2025* [Archivo PDF] [https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2.ficheros/2140352-Estrategia%20de%20prevención%20de%20la%20conducta%20suicida%20en%20Ca](https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-prevencion-conducta-suicida-castilla-leon-2021-2.ficheros/2140352-Estrategia%20de%20prevención%20de%20la%20conducta%20suicida%20en%20Castilla%20y%20León%202021-2025.pdf)
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2022). *Proceso de prevención y atención de la conducta suicida* [Archivo PDF] <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida.ficheros/1110258-PROCESO%20DE%20PREVENCION%20Y%20ATENCION%20DE%20LA%20CONDUCTA%20SUICIDA.pdf>
- Jiménez Diaz, M. (2021). Acompañamiento a las familias en duelo por suicidio, desde la perspectiva del trabajo social.
- M.S. (s. f.). *Ministerio de Sanidad - 024. Línea de atención a la conducta suicida*. Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es/linea024/home.htm>
- Observatorio del Suicidio en España. (s. f.). *Observatorio del Suicidio en España*. Prevención del suicidio. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 junio). *Una de cada 100 muertes es por suicidio*. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

- Osorno Hinojosa, K. (2021, 10 septiembre). *ITESO - detalle*. Universidad Jesuita de Guadalajara. https://iteso.mx/web/general/detalle?group_id=27094677
- Pérez Barrero, S. A. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(3), 386-394.
- Rangel-Garzón, C. X., Suárez-Beltrán, M. F., & Escobar-Córdoba, F. (2015). Escalas de evaluación de riesgo suicida en atención primaria. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 707-716.
- Revilla Martín, A. M. (2022). Trabajo Social, salud mental y modelo de atención centrado en la persona.
- Rodríguez Antolín, L. (2019). El papel del Trabajo Social en la prevención del suicidio: revisión de planes y guías del Sistema Nacional de Salud.
- Román, V. (2017) *Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas*. [Archivo PDF]. <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- Sánchez, J. L. S., Cárdenas, M. D. M. M., & Andrada, A. V. (2016). Suicidio y trabajo social. *IJERI: International Journal of Educational Research and Innovation*, (6), 46-57.
- Sarasola, J. L. (2019). *Trabajo social y suicidio. Social work and suicide* (Doctoral dissertation, Universidad Pablo de Olavide).
- *Suicidio*. (2021, 17 junio). Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Telefono de la Esperanza. (s. f.). *Intervención en crisis*. <https://telefonodelaesperanza.org>