



Intervención y prevención del suicidio desde la perspectiva del Trabajo Social.

Autora: Sara Bazaco González

Tutora: Carolina Puertas Flores

Facultad de Educación y Trabajo Social

Grado en Trabajo Social

Universidad de Valladolid

Curso 2023-2024

Resumen.

El suicidio es un problema significativo de salud pública en la actualidad que afecta a una gran parte de la población. Esta investigación destaca el rol del Trabajo Social en su prevención e intervención, debido a que esta profesión cuenta con un papel fundamental a causa de su enfoque integral centrado en el individuo y en la comunidad.

Mediante un análisis teórico y práctico, se exploran los diferentes factores de riesgo y de protección relacionados con el suicidio, la relación que existe entre la salud mental y el suicidio, el escenario actual y las principales estrategias que se utilizan para su prevención e intervención y las funciones que desarrollan los profesionales de Trabajo Social.

Palabras clave: suicidio, conducta suicida, Trabajo Social, prevención, intervención.

Abstract.

Suicide is a significant public health issue that affects a large portion of the population. This research highlights the role of social work in its prevention and intervention, because this profession has a fundamental role due to its comprehensive approach focused on the individual and the community.

Through a theoretical and practical analysis, the different risk and protective factors related to suicide are explored, as well as the relationship between mental health and suicide, the current scenario and the main strategies used for its prevention and intervention, and the functions carried out by Social Work professionals.

Key words: suicide, suicidal behavior, Social Work, prevention, intervention.

Índice

Resumen.....	2
Abstract.....	2
1. Introducción.....	4
1.1. Justificación.....	5
1.2. Objetivos.....	5
2. Marco Teórico.....	6
2.1. Conceptualización del suicidio.....	6
2.2. Factores de riesgo y factores protectores.....	9
2.3. Salud mental y suicidio.....	12
2.4. Proceso de la conducta suicida.....	14
2.5. Escenario actual, estrategias y recursos actuales.....	16
2.6. Prevención e intervención ante la conducta suicida.....	20
2.7. Trabajo Social y suicidio.....	22
3. Metodología.....	32
3.1. Diseño.....	32
3.2. Participantes.....	32
3.3. Procedimiento.....	33
3.4. Consideraciones éticas.....	35
4. Análisis de los resultados.....	35
4.1. Protocolos, estadísticas y recursos.....	35
4.2. Formación, factores de riesgo y de protección y estrategias.....	38
4.3. Coordinación y funciones profesionales.....	41
4.4. Impacto del COVID-19.....	44
4.5. Visibilidad de la profesión y posibles mejoras en el futuro.....	45
5. Discusión de resultados y conclusiones.....	48
5.1. Conclusiones.....	48
5.2. Discusión de resultados.....	50
Referencias Bibliográficas.....	52
Anexos.....	57

1. Introducción.

El suicidio es uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad. Las consecuencias afectan en gran medida, tanto a la persona y su salud mental, como a su familia y su entorno más cercano. Sin embargo, no se prioriza la problemática del suicidio dentro de la salud pública debido al estigma asociado que presentan estas situaciones. Como consecuencia muchas personas no solicitan ayuda y se aíslan y, en otras ocasiones, los servicios de salud no proporcionan ayuda de manera eficaz (OMS, 2014).

Cada año millones de personas se ven afectadas por el suicidio, tanto de manera directa como indirecta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2022 ha reconocido el suicidio como una problemática que debe de ser atendida como prioridad de salud pública, debido a que en el mundo cerca de 800.000 personas se suicidan. Esta situación supone la urgencia de que se desarrollen estrategias efectivas de prevención e intervención. En este contexto, el trabajo social es una disciplina clave debido a que cuenta con un enfoque integral.

El objetivo de esta investigación es analizar el papel del Trabajo Social en la prevención e intervención del suicidio. Esta investigación implica comprender con profundidad los principales factores de riesgo y de protección, el escenario actual y las estrategias vigentes, la relación entre la salud mental y el suicidio y las funciones que desarrollan los trabajadores sociales dentro de la prevención, durante la intervención y en la postvención. Además, se analiza el papel que desarrollan los trabajadores sociales en este ámbito, teniendo en cuenta a mayores su contribución a la promoción de la salud mental y la reducción de la incidencia del suicidio.

A través de una revisión bibliográfica y de la realización de una serie de entrevistas, esta investigación tiene la finalidad de conocer los modos en los que los trabajadores sociales pueden abordar de manera significativa la problemática del suicidio. Debido a su formación en la evaluación de necesidades, la gestión de casos y debido a que es una figura de apoyo, se encuentran en una posición única en la que pueden identificar las posibles señales de conducta suicida, proporcionar apoyo y coordinarse con otros profesionales para facilitar los recursos necesarios.

1.1. Justificación.

La importancia de realizar esta investigación radica en el aumento de casos de suicidio y en la gran cantidad de personas que se suicidan en el mundo (OMS,2022), siendo necesaria la utilización de nuevas estrategias para hacer frente a esta problemática. Para ello, los trabajadores sociales cuentan con las habilidades necesarias para utilizar diferentes estrategias, adaptándose a las circunstancias en función de las necesidades sociales de la persona.

En la sociedad, se conoce al ámbito del suicidio como un campo que se aborda desde lo sanitario. Sin embargo, debido a que esta problemática afecta a una gran parte de la población, se convierte en un problema social, que, a su vez, se ve afectado por diferentes factores sociales y no sanitarios únicamente. Esto nos lleva a analizar el suicidio desde una perspectiva social (Prades-Caballero et al, 2024).

1.2. Objetivos.

Objetivo general: analizar el papel de la profesión de Trabajo Social en la prevención e intervención del suicidio.

Objetivos específicos:

- Analizar los diferentes factores de riesgo y protección que pueden aumentar o reducir el riesgo de suicidio.
- Estudiar cómo las diferentes condiciones de salud mental afectan a la aparición de la conducta suicida.
- Examinar el escenario actual y las estrategias vigentes en la prevención e intervención del suicidio.
- Analizar las funciones que desarrollan los profesionales del campo de trabajo social.
- Conocer las diferentes perspectivas de profesionales del trabajo social.

2. Marco Teórico.

2.1. Conceptualización del suicidio.

La complejidad del suicidio implica la existencia de diferentes definiciones del propio concepto. Su origen proviene de la unión de dos vocablos latinos: *siu* que significa “sí mismo” y *caedere* que significa “matar”. Desde sus orígenes mantiene una connotación negativa. (Blanco, 2020).

El suicidio, como fenómeno universal, ha estado presente en todas las épocas y culturas, generando un impacto significativo a nivel económico, social y psicológico para la sociedad. Las diferentes perspectivas que han definido este concepto están influenciadas por el contexto histórico, las creencias religiosas y los valores y creencias de la sociedad. (Blanco, 2020).

En 1897, Durkheim, plantea el concepto de suicidio como un acto realizado de forma voluntaria para causarse la muerte, independientemente de si esta es alcanzada o no. Para este autor la conducta suicida es un fenómeno social influenciado por la propia sociedad. Sin embargo, la definición propuesta por Durkheim no concreta determinadas situaciones en las que puede aparecer este término. (Durkheim, 2015).

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró la necesidad de realizar una definición consensuada debido a la dificultad que presenta el término en cuanto a la intencionalidad. De esta manera, en esta definición se concretó la diferencia entre el acto suicida (toda actuación de una persona que tiene como finalidad causarse a sí misma una lesión, sin importar el grado de letalidad), intento de suicidio (el acto cuando no se causa la muerte) y suicidio consumado (acto suicida con consecuencias letales). (Blanco, 2020).

En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. Por lo que la intencionalidad en el suicidio es un factor clave. Sin embargo, el proceso que conlleva este fenómeno es fundamental para comprender este concepto. (AVALIA, 2012,).

En relación con el concepto de “conducta suicida”, se entiende como toda acción que se realice de manera voluntaria con el objetivo de causarse una lesión, con independencia del método utilizado, la letalidad y de que el individuo se haya provocado la muerte o no lo haya hecho. En la misma intervienen diferentes fases secuenciales que inician desde la ideación suicida hasta el suicidio consumado. (Blanco, 2020, Valladolid, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), la conducta suicida es un fenómeno en el que se interrelacionan diferentes factores como el carácter psicológico, las circunstancias personales, el carácter biológico, el social y el cultural. Por lo que la conducta suicida puede aparecer por diferentes circunstancias inherentes a cada individuo, las cuales deben de atenderse de manera conjunta en función de cada persona.

Debido a este panorama conceptual complejo se ha generado la creación de diferentes términos relacionados con el suicidio y conducta suicida como la ideación suicida, parasuicidio, intento de suicidio, intento de suicidio abortado, comunicación suicida, amenaza suicida y el suicidio consumado. (Blanco, 2020).

- En 1986 la OMS definió el concepto de parasuicidio como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico”.
- Intento de suicidio es el acto suicida sin resultado de muerte. (Anseán, 2014).
- Un intento de suicidio abortado se produce cuando una persona mantiene una conducta suicida e inicia el proceso hacia la realización del suicidio, pero se detiene antes de llevarlo a cabo. (Castellvi-Obiols y Piqueras, 2019).
- La ideación suicida son deseos y pensamientos suicidas. (Anseán, 2014).
- Comunicación suicida: son manifestaciones verbales o no verbales sobre la ideación suicida. Se incluyen las comunicaciones verbales o no verbales que pueden tener intencionalidad suicida, pero no llegan a producir lesiones. (Anseán, 2014; AVALIA-T, 2012).

- La amenaza suicida es todo tipo de comunicación que indique una conducta suicida. Puede ser verbal o no verbal y puede predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano. (Anseán, 2014; AVALIA-T, 2012).
- Según Castellvi-Obiols y Piqueras (2019), el suicidio consumado es “Un comportamiento autoinfligido que resulta en fatalidad y que está asociado con al menos alguna intención de morir como resultado del acto”.

2.2. Factores de riesgo y factores protectores.

Existe una gran cantidad de factores de riesgo que afectan tanto directamente como indirectamente a la persona, los cuales además varían en función del contexto. Según la OMS (2014), los factores de riesgo se pueden clasificar en cinco categorías diferentes.

La primera hace referencia a las barreras que impiden acceso y a recibir ayuda desde los sistemas de salud, así como a los recursos limitados. (OMS, 2014).

La segunda categoría hace alusión a la sociedad en cuanto a la facilidad de contar con el acceso a los medios que se pueden utilizar para suicidarse, como poder obtener armas, determinados medicamentos, o alturas. El acceso a estos medios varía en función del contexto geográfico y cultural. También considera influyentes a los medios de comunicación y el tipo de difusión que se realiza sobre la problemática, así como el estigma asociado en la sociedad que impide la búsqueda de ayuda. (OMS, 2014).

La tercera se centra en la comunidad, la cual se puede ver afectada por guerras, por la discriminación que pueden recibir grupos de colectivos minoritarios y vulnerables, por el estrés debido a desplazamientos y aculturación de ciertos grupos de personas y por traumas y abusos. (OMS, 2014).

La cuarta categoría alude a las relaciones interpersonales de la persona y considera que el sentimiento de aislamiento social, la falta de apoyos sociales y los conflictos familiares y la pérdida de un ser querido son factores que influyen de gran manera en la conducta suicida. (OMS, 2014).

Finalmente, la quinta categoría se centra en los factores individuales como contar con una enfermedad mental, haber tenido intentos de suicidio en ocasiones anteriores, dolor crónico, abuso de alcohol y drogas o encontrarse en una mala situación económica. En esta categoría la edad es un factor de riesgo que se agrava principalmente entre los 55 y 65 años debido al deterioro de salud y a la soledad no deseada. También, durante la adolescencia y la juventud se produce un incremento de la tasa de muertes por suicidio. (Anseán, 2014; OMS, 2014).

Las posibilidades de que se dé una conducta suicida son directamente proporcionales con la cantidad de factores de riesgo que presente la persona. Sin embargo, aunque estén presentes muchos de estos factores no significa que en ocasiones la persona adopte esta conducta, y de la misma manera, puede que estos factores no aparezcan y la persona lleve a cabo un intento de suicidio (Jiménez et al, 2016).

Antes de cometer un intento de suicidio, muchas personas presentan un conjunto de signos que facilitan la detección del riesgo. Los signos de alerta pueden ser señales verbales, como la realización de comentarios negativos sobre si misma o verbalizaciones relacionadas con la muerte, o no verbales como cambios repentinos en la conducta, aparición de lesiones en el cuerpo, preparación de documentos como el testamento o regalar objetos muy personales. Conocer estos signos de alerta es fundamental para minimizar el riesgo de un intento de suicidio (Jiménez et al., 2016).

Identificar los factores de riesgo es fundamental para reducir o eliminar la probabilidad de que surja la conducta suicida, además de que permite identificar las diferentes áreas de actuación que se deben abordar para hacer frente a esta situación. (Ayuntamiento de Madrid, 2023).

Por otro lado, existe una serie de factores protectores que previenen el riesgo de suicidio. Según la Guía de Prevención del Suicidio (2022) existe una serie de elementos individuales, familiares y sociales que pueden servir de apoyo, disminuyendo y previniendo la aparición de la conducta suicida. Cuantos más factores de protección tenga una persona, las probabilidades de que exista un intento de suicidio se reducen. (Hernández et al, 2022).

Entre los factores de protección individuales se pueden destacar habilidades de comunicación, de resolución de problemas y habilidades para relacionarse y mantener las relaciones personales. Dentro de ellos también se encuentran las creencias religiosas, mantener una serie de hábitos saludables adecuados, la capacidad de adaptación a situaciones complicadas, valores personales, capacidad de búsqueda de ayuda y la confianza que tiene la persona sobre sí misma. Además, otro factor protector es la adherencia al tratamiento a largo plazo en personas que cuentan con un problema de salud mental. Con referencia a los factores protectores familiares, se considera que contar con apoyo familiar y tener hijos o una persona dependiente a cargo previenen la aparición de la conducta suicida. Finalmente, en cuanto a los factores protectores sociales, la inclusión social y contar con una red de apoyo de calidad que sirva de soporte en situaciones complicadas (Hernández et al, 2022).

2.3. Salud mental y suicidio.

Para empezar, la OMS en 2004 define el concepto de salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes y puede afrontar presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004).

Se comenzó a relacionar el suicidio con las enfermedades mentales a mediados del siglo XIX. El DSM V señala que diferentes enfermedades mentales aumentan el riesgo de suicidio. (Anseán, 2014).

Según el informe de Salud Mental de España en 2023 el 17,4% de la población ha sido diagnosticada alguna vez con algún trastorno o problema de salud mental, siendo los trastornos de ansiedad (63,0%) y los trastornos depresivos (56,3%) los más comunes. (Confederación salud mental España, 2023).

Aunque las enfermedades mentales son un factor de riesgo que está relacionado estrechamente con la conducta suicida, en muchas ocasiones la persona no muestra una enfermedad mental, sin embargo, un 90% de los intentos de suicidio se deben al padecimiento de una patología de salud mental (Hernández et al, 2022).

El riesgo de que suceda un intento de suicidio aumenta entre tres a doce veces en las personas con una enfermedad mental en relación con las personas que no padecen una patología mental, además, cuanto mayor sea el número de patologías, el riesgo aumentará más (Valladolid, 2011).

El principal trastorno que está relacionado con la conducta suicida es la depresión, más del 65% de los suicidios e intentos de suicidio están vinculados a un grado de depresión. El porcentaje de personas con depresión que mueren como consecuencia del suicidio es del 15%. Aproximadamente el 80% de personas con esta

enfermedad en algún momento presentan una ideación de autolítica y entre el 14% y el 50% de ellas realizan alguna conducta suicida. En ocasiones, el riesgo de suicidio aumenta cuando la persona presenta una mejoría la depresión comienza a desaparecer. Esto puede ocurrir como consecuencia del retorno de energía que experimenta la persona debido a su mejoría. Este periodo recibe el nombre de “periodo ventana”, sin embargo, durante este periodo, aunque la persona presente una mejoría en su enfermedad, esta continúa deprimida y tiene la energía suficiente como para realizar un intento de suicidio. (Hernández et al, 2022).

Además, otros trastornos mentales también influyen en la conducta suicida de la persona. Aproximadamente un 10% de personas que mantienen esta conducta tienen un diagnóstico de trastorno de consumo de sustancias, esquizofrenia, trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar o trastornos de la conducta alimentaria. El suicidio es la principal causa de muerte prematura en las personas que están diagnosticadas con esquizofrenia. En el caso de las personas con trastorno límite de la personalidad, tienen el doble de posibilidades de realizar un intento de suicidio que las personas que padecen únicamente de depresión. (Hernández et al, 2022).

En cuanto al alcoholismo, es uno de los principales factores de riesgo, estando presente entre el 25%-58% de los suicidios llevados a cabo y las personas que lo consumen tienen entre 6 y 14 veces más posibilidades de riesgo de suicidio que la población en general. También existe una vinculación con los trastornos de la conducta alimentaria donde se observa que entre el 25% y el 38% de las personas afirman la realización de conductas autolíticas y el riesgo de suicidio puede aumentar hasta 8 veces más. El alcohol, además, no afecta únicamente a personas consumidoras de manera habitual, sino que el consumo de alcohol está estrechamente relacionado con intentos de

suicidio con independencia de que la persona sea adicta o no. (Anseán, 2014, Hernández et al, 2022).

Con respecto a la esquizofrenia, la tasa de intentos de suicidio se encuentra entre el 18 y el 55%. En jóvenes con esquizofrenia el suicidio es la principal causa de muerte. Quienes padecen esta enfermedad, no suelen expresar la ideación suicida de manera directa, sino que la comunican de manera no verbal e indirecta, de tal manera, que es difícil detectar el riesgo. A esta enfermedad se le suman también otros factores como intentos previos de suicidio, el aislamiento social, abuso de drogas o antecedentes depresivos. (Anseán, 2014).

2.4. Proceso de la conducta suicida.

Según Nizama (2011), el suicidio es el acto autoinfligido con el objetivo de causarse la muerte de manera voluntaria, en el que intervienen tres etapas: el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida.

La persona pasa por una serie de fases durante todo el proceso de la conducta suicida. La ideación suicida sucede previamente a la aparición de la conducta suicida, debido a que la persona tiene la intención, pero no ha cometido todavía ningún intento. Cuando la persona lo planea y decide el método se da el intento de suicidio y el suicidio consumado. En estas situaciones la persona se hace daño con la intención de quitarse la vida. (Gil, 2022).

Por otro lado, Állez (2013), diferencia entre seis fases por las que pasa la persona:

1. Fase ideativa: la persona recibe un impacto emocional negativo que ocasiona el pensamiento en el suicidio. No descarta ni su realización ni la posibilidad de llevarlo a cabo.
2. Fase deliberativa: la persona continúa recibiendo estímulos negativos. En esta fase no busca ayuda y en el caso de que la busque no se le proporciona de manera efectiva.
3. Fase decisiva: después de una larga lucha, la persona decide llevar a cabo el acto del suicidio. La persona en ocasiones anuncia de manera verbal que no quiere llevarlo a cabo. Durante esta fase aún se puede proporcionar ayuda a la persona.
4. Fase dilatoria: la persona alarga el acto debido a que considera que algo puede animarle a no hacerlo.
5. Fase operativa: la persona planea el acto, el lugar, el momento y su realización. Comienza a cerrar asuntos y en ocasiones durante esta fase las personas cercanas sospechan que ocurre algo extraño.
6. Fase ejecutiva: la persona lleva a cabo el plan y finalmente termina con su vida.

No obstante, otros autores, como Ágora Arcos (2017), señalan una mayor complejidad aumentando hasta cinco las fases del suicidio:

1. Ideación suicida: Constituye el principal indicador de riesgo suicida porque implica una manifestación explícita o implícita de la idea suicida. Se trata de pensamientos conscientes o inconscientes sobre el deseo de acabar con la propia vida.
2. Amenaza suicida: en esta fase se manifiesta de manera abierta el deseo de morir. En esta fase se puede predecir una conducta suicida.
3. Plan suicida: la persona ha ideado el método de cómo va a realizar el acto, cuándo y dónde lo llevará a cabo sin llegar a realizarlo.

4. Acto deliberado de morir: la persona manifiesta de manera consciente la conducta voluntaria de quitarse la vida puede ocasionarse lesiones de mayor o menor grado.
5. Suicidio consumado: acto voluntario en el que la persona termina con su vida.

2.5. Escenario actual, estrategias y recursos actuales.

Analizar las cifras sobre los suicidios que se han producido en la sociedad es fundamental debido a que permiten prevenir el suicidio y realizar una intervención social. Las cifras y los datos indican cuál es el alcance de este fenómeno y cuáles son las características propias de esta problemática, facilitando la atención a las personas afectadas por el suicidio de un ser querido, prevenir situaciones y realizar una intervención dentro de la sociedad. (Guija et al, 2012).

Según la Guía de Prevención del Suicidio de la Federación de Salud Mental de Castilla y León (2022), la Organización Mundial de la Salud ha reconocido el suicidio como una problemática que debe de ser atendida como prioridad de salud pública, debido a que en el mundo cerca de 800.000 personas se suicidan y considera, además, que el intento de suicidio es el principal factor de riesgo individual.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el 2023 en España el suicidio es la primera causa de muerte por factores externos con 1.967 fallecimientos (el 75,2% de ellos fueron hombres y el 24,8% mujeres). En 2022, el suicidio también se mantuvo como la primera causa de muerte externa, con 4.227 fallecimientos, un 5,6% más que en el año anterior.

Según la investigación de contención del suicidio en España de 2022, se contabilizan entre 3500 y 4000 casos consumados de suicidio en España. Sin embargo, debido al estigma asociado al suicidio su abordaje se ve dificultado desde el punto de vista de la gestión pública. La Organización Mundial de la Salud ha demandado a los

diferentes países en numerosas ocasiones, la necesidad de plantear estrategias en todos sus niveles administrativos ante el crecimiento mundial de este fenómeno. (Castillo, 2022). Según Eurostat (2021), en el 2017, España se posicionó como el cuarto país con menos suicidios dentro de la Unión Europea.

En España, el suicidio está teniendo una mayor repercusión debido al contexto reciente de la pandemia de COVID-19, en la que han aumentado las hospitalizaciones como consecuencia de a intentos de suicidio en adolescentes. (Castillo, 2022).

La pandemia de COVID-19, además de ocasionar dificultades físicas, ha provocado también dificultades en la salud mental de la población. En el caso de las personas jóvenes, ha generado un empeoramiento de su bienestar emocional, por lo que han aumentado las ideas de suicidio, pasando de un 5,8% en el año 2019 a un 8,9% en el 2021. (Sanmartín et al, 2022).

La pandemia y el confinamiento han generado una serie de consecuencias a nivel económico, social, laboral y personal a una gran parte de la población. En el ámbito personal ha afectado principalmente a la salud mental. Según la portavoz de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias el confinamiento ha provocado el incremento del estrés postraumático y de las adicciones, además de que los servicios de urgencias antes de la pandemia podían identificar los intentos autolíticos previamente, sin embargo, la situación dificultó su detección. Además, el empeoramiento de la situación social y el aumento de los problemas económicos supone un deterioro mayor de la salud mental, siendo España el país que más consume benzodiacepinas y el cuarto en la ingesta de antidepresivos, lo cual no soluciona el problema, sino que contribuye a su cronificación. (Martínez, 2021).

En la actualidad, cada vez se plantean y se desarrollan más medidas para hacer frente a esta problemática y atender a la salud mental de la población. Entre ellas se encuentra la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional Salud 2022-2026, en la que una de sus líneas estratégicas está dirigida directamente hacia la “prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida”. También se ha desarrollado el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 de España, el cual pretende principalmente afrontar las consecuencias que tuvo la pandemia del COVID-19 en la salud mental de la población, así como otras circunstancias que afecten a la salud mental de la población. (Andrés et al, 2022).

Por otro lado, desde el Ministerio de Sanidad se ha promovido la Línea de atención a la conducta suicida (024), la cual es una línea telefónica que tiene como finalidad ayudar a las personas que tienen pensamientos, ideaciones o riesgo de conducta suicida, así como a sus familiares, mediante la escucha activa por parte de profesionales que alentarán a las personas para que contacten con los servicios sanitarios. En casos de extrema urgencia, serán ellos quienes deriven directamente al 112. Este servicio es de alcance nacional, gratuito, confidencial y está disponible las 24 horas del día, durante todo el año (Ministerio de Sanidad, 2022).

Además, la asociación El Teléfono de la Esperanza proporciona atención especializada, con la creación en 2017 de un teléfono contra el suicidio. Además, se han creado otras organizaciones que recogen a un conjunto de profesionales que están especializados en este ámbito, como la Asociación para la Investigación, Prevención e Intervención en Suicidio (AIPIS), la Fundación Salud Mental España y la Sociedad Española de Suicidología. (Blanco, 2020).

A nivel autonómico, en 2020 se revisa “el proceso de prevención y atención de la conducta suicida”, el cual se publicó en 2016. Esta medida tiene la finalidad de crear

una serie de acciones que puedan satisfacer las necesidades de las personas que tienen riesgo de suicidio dentro de la comunidad autónoma de Castilla y León. Sus objetivos son identificar a las personas con riesgo de suicidio y reducir las tasas de muertes por suicidio, desde el ámbito sanitario. En el Proceso se tiene en cuenta a los familiares de la persona fallecida, a través de apoyo emocional, prevención de las dificultades asociadas al duelo y el malestar psicológico, así como la aparición de conductas suicidas. (Junta de Castilla y León, 2016).

En Castilla y León los casos de muerte por suicidio ascienden a un total de 218 en el año 2019. En base a estas circunstancias, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León propone impulsar las estrategias de mejora de la atención a la problemática del suicidio y establece protocolos de actuación en centros de salud, centros educativos y otros agentes sociales. En respuesta a esta demanda social, se ha desarrollado el proceso de prevención de atención de la conducta suicida 21-25 que busca crear una serie de actuaciones que atiendan a las necesidades de las personas que presenten riesgo de suicidio dentro de la Comunidad de Castilla y León. (Mozo, 2023).

En Valladolid en 2007 se ha desarrollado el Programa de intervención en personas que han realizado intentos de suicidio, el cual tenía como objetivo aumentar la atención hacia la conducta suicida en el Área de Salud de Valladolid Este y Oeste, mejorar la eficiencia de los servicios de salud a través de la detección de intervenciones efectivas para la reducción de los intentos de suicidio, ampliar el conocimiento de los pacientes sobre los factores de riesgo y sobre habilidades y comportamientos de autoayuda para prevenir posibles recaídas. (Informe Anual del SNS, 2007).

2.6. Prevención e intervención ante la conducta suicida.

Debido al empeoramiento de la salud mental y de casos de intentos y de muertes por suicidio como consecuencia de la pandemia de COVID-19, la OMS ha instado a los países a introducir en sus agendas sanitarias la prevención del suicidio. Estas medidas se pueden introducir a través de la formación, información, concienciación y sensibilización de la población. También se pueden llevar a cabo en los contextos sociales, educativos y sanitarios. El suicidio es un fenómeno prevenible y un método para que esta sea eficaz sería mediante la detección e identificación de los factores de riesgo. (Fonseca et al, 2021).

La identificación y la detección temprana de la conducta suicida, así como la intervención eficaz posterior, son fundamentales para que las personas puedan recibir la atención necesaria. Diseñar e implementar estrategias de prevención es esencial para reducir las tasas de prevalencia y de muertes por suicidio. Para realizar una prevención eficaz es necesario identificar y detectar el caso y contar con las herramientas necesarias para evaluar correctamente la conducta suicida e implementar tratamientos eficaces durante la intervención. (Anseán, 2014).

Detectar de manera temprana los signos de alarma, permite a los profesionales actuar previamente antes de que el problema se agrave y poder prevenir el aumento de malestar, y a su vez, la aparición de la conducta suicida o de un intento de suicidio. Entre el 70% y el 80% de las personas que realizan un intento de suicidio dejan señales antes ejecutarlo. Por lo que, detectarlas, junto con la identificación de los factores de riesgo, es fundamental para llevar a cabo una prevención efectiva. (Fonseca et al, 2021).

Además, en la prevención de esta problemática, la educación y la formación de la sociedad cuentan con un papel fundamental evitando mitos, reduciendo el estigma

asociado al suicidio, dando a conocer los factores de riesgo y los factores de protección y detectando las señales de alarma. (Fonseca et al, 2021).

Para la prevención de la conducta suicida se han propuesto una serie de recomendaciones (Ayuso-Mateos et al, 2012) que van desde el abordaje del suicidio como una prioridad en salud mental, establecer programas específicos hacia personas que hayan realizado intentos de suicidio, detectar y tratar las enfermedades mentales que favorezca la aparición de la conducta suicida, pasando por asegurar la continuidad de cuidados y el seguimiento del cumplimiento del plan terapéutico, promover el empoderamiento de la persona, formar a los profesionales y aumentar la coordinación, hasta la realización de programas educativos.

Por otro lado, el suicidio es una problemática con un carácter social marcado, por lo que, según Durkheim, la educación es un pilar fundamental que permite crear conciencia colectiva y genera buenos resultados en la prevención de esta problemática de manera activa. (Plaza, 2023).

Según García (2020), la educación es fundamental en el proceso de prevención del suicidio. Existen diferentes circunstancias que afectan a la persona de manera continuada como la soledad, la frustración, la culpa, o la desesperanza, que hacen que esta se encuentre en una situación límite y opte por la muerte como única salida al malestar psicológico. Por lo que proporcionar una educación adecuada consiste en formar a las personas en la realización de hábitos de vida saludables y en aportar diferentes estrategias de afrontamiento ante la aparición de estas circunstancias. La educación se debe realizar desde edades tempranas, debido a que el aprendizaje de dichas estrategias se ve favorecido, además permite empoderar a las personas y reducir el estigma asociado al suicidio. Por lo tanto, la educación y la formación de la sociedad sobre esta problemática con la finalidad de prevenir el suicidio, además de empoderar a

la población y proporcionarla estrategias de afrontamiento, permite detectar las señales de alerta y los factores de riesgo, facilitando la intervención temprana.

Por otro lado, los profesionales no se deberían centrar únicamente en la prevención de la conducta suicida, sino que se debería de promocionar la salud mental, es decir, implementar actividades que fomenten la creación de circunstancias individuales, sociales y ambientales que faciliten un desarrollo psicológico en buenas condiciones y mejorando la calidad de vida. Por lo que la prevención de las enfermedades de salud mental es uno de los objetivos de la estrategia de promoción de la salud mental. (Fonseca et al, 2021).

Además de diseñar e implantar una estrategia de prevención, se debe de tener en cuenta la necesidad de implantar medidas que estén dirigidas hacia el control del acceso a los principales medios suicidas y realizar un uso responsable de los medios de comunicación, manteniendo una práctica responsable de la información sobre el suicidio que se transmite y la manera en la que se realiza. (Sánchez-Serrano, 2016).

2.7. Trabajo Social y suicidio.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) y la Asociación Internacional de Escuelas Universitarias de Trabajo Social (AEITS) en 2014 definieron el concepto de 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. Respaldado 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” (FITS, 2014).

De esta manera, el objeto del Trabajo Social se centra en identificar los fenómenos que generan malestar psicosocial en las personas producidos debido a sus experiencias vitales. El Trabajo Social como disciplina científica se encarga de la intervención psicosocial centrada en la prevención de la aparición de los conflictos psicosociales y a la paliación y reducción de los efectos que provocan los mismos. Además, se encarga de proporcionar una serie de herramientas que faciliten la superación y reduzcan el sufrimiento personal que se deriva de estas situaciones de malestar. (Ituarte, 2022).

La actuación de los trabajadores sociales genera un impacto a nivel individual y a nivel grupal y comunitario, mejorando la responsabilidad colectiva de la calidad de una sociedad, la cual se ve perjudicada como consecuencia de la problemática social actual sobre el suicidio. Los profesionales del trabajo social se encuentran capacitados para abordar este fenómeno desde diferentes ámbitos y actuaciones como las acciones preventivas que contribuyan a la disminución de las tasas de mortalidad por suicidio, la investigación social, la detección temprana de los factores de riesgo, tanto a nivel individual como en un contexto comunitario, y el diseño de planes de intervención centrados en la persona. Los trabajadores sociales para combatir este fenómeno también proporcionan apoyo emocional, favorecen redes de apoyo seguras, facilitan el acceso a recursos y pueden realizar una intervención en el duelo después de que se haya producido un suicidio. (Sánchez-Serrano et al, 2016).

La atención de la conducta suicida, siempre se ha atendido desde un punto de vista clínico dentro del ámbito el Trabajo Social desde sus inicios. Mary Richmond en 1917, consideraba que la práctica profesional debe de implicar un tratamiento intensivo, integral y de larga duración, que facilite la comprensión de la vida de las personas con las que se trabaja, mejorando de esta manera su bienestar. Por lo que, desde este punto

de vista, las situaciones de malestar no existen únicamente en el ámbito clínico, sino que también tienen un enfoque social, por lo que es fundamental contar con un enfoque comunitario y reforzar las relaciones sociales para atender las situaciones de malestar social. (Prades-Caballero et al, 2024).

En la actualidad, la prevención de la conducta suicida se presenta como un reto en el que los profesionales del campo del Trabajo Social tienen un papel fundamental para hacerle frente. La conducta suicida se puede desencadenar debido a la aparición de diferentes factores de riesgo, los cuales deben de ser identificados por los trabajadores sociales de manera temprana para poder prevenir e intervenir a través de diferentes herramientas y recursos que reduzcan los factores de riesgo que afectan a la persona. Para ello es fundamental, diseñar e implementar proyectos de prevención y de intervención que estén dirigidos hacia los grupos de población que se encuentren en riesgo social con el objetivo de prevenir situaciones en las que pueda aparecer este fenómeno y evitar que se agrave la problemática en situaciones en las que existe conducta suicida para que no se produzca una situación crítica. Los profesionales, por lo tanto, deben de promover el bienestar de las personas y de los grupos de población que se encuentren en estas situaciones problemáticas y de vulnerabilidad, o que puedan estar en riesgo de estar en ellas. (Prades-Caballero et al, 2024).

Principalmente, el Trabajo Social Clínico proporciona atención a estas situaciones debido a que el suicidio es un problema de salud pública. Se enfoca en facilitar atención al malestar psicosocial a través de la relación que se crea entre la persona y el profesional. Tiene un papel fundamental en la detección temprana, la realización de una intervención eficaz y la promoción de la salud en la sociedad. (Prades-Caballero et al, 2024).

Según Prades-Caballero et al (2024), a través de la intervención que se realiza desde el Trabajo Social Clínico se generan una serie de acciones y fases que son esenciales en el proceso de intervención frente a la conducta suicida:

1. Identificación de los factores de riesgo de la conducta suicida: los profesionales deben analizar los factores y las situaciones que generan la aparición del comportamiento suicida, tanto individuales, como familiares y sociales que afectan, por un lado, desde un nivel micro, a la persona con la que se está interviniendo, y, por otro lado, a nivel macro, los factores que afectan a una comunidad.
2. Elaboración de Planes de Intervención: se realiza un análisis de la realidad de la persona y se crea un plan de intervención individualizado teniendo en cuenta además los factores protectores de la persona. La intervención se realiza con la colaboración de un equipo multidisciplinar.
3. Orientación y apoyo psicosocial: se realiza un acompañamiento a la persona durante su proceso y se orienta tanto a la persona como a su familia para asegurar una red de apoyos segura que acompañe a la persona y le ayude a sobrellevar las dificultades emocionales y sociales.
4. Creación de entornos saludables y promoción de la salud: es fundamental fomentar la participación de los profesionales de Trabajo Social en actividades comunitarias que estén dirigidas a la creación de entornos más saludables y promoviendo la salud mental, previniendo así la aparición de este fenómeno y fomentando el bienestar emocional de la población.

Por lo tanto, la labor del Trabajo Social Clínico tiene un papel fundamental en la detección y atención temprana, la intervención efectiva y la promoción de la salud mental en la sociedad. Es importante que los profesionales reciban formación específica

sobre este fenómeno y su ámbito de actuación para que puedan realizar una intervención social efectiva. Durante la práctica, los profesionales es probable que se enfrenten a situaciones relacionadas con problemas relacionados con autolesiones y con personas que mantengan una conducta suicida, por lo que se debería de considerar la implementación de formación asociada a este fenómeno, así como su prevención y su intervención en los planes de estudio de Trabajo Social. (Almeida et al, 2017).

Para evaluar el riesgo de suicidio y la conducta suicida, los profesionales utilizaran principalmente el instrumento de la entrevista clínica. Durante la entrevista se debe de establecer un clima de confianza entre ambas partes, debido a que se supone una situación de estrés para la persona. También se debe de mantener una actitud empática y de respeto, utilizando la escucha activa. Además de que hay que tener en cuenta en todo momento los principales apoyos de la persona, como sus familiares y personas cercanas. (Anseán, 2014).

Por otra parte, según Zabaleta et al. (2023) promover la educación en la población sobre salud mental y suicidio también es esencial para abordar esta problemática. Esto permite reducir el estigma asociado al suicidio, facilita la detección y atención temprana y el acceso a los diferentes recursos de apoyo. Además, la promoción de la salud mental en la población proporciona una serie de herramientas que fortalecen las habilidades sociales y de comunicación, fomentan la búsqueda de ayuda y generan redes sociales que sirven de apoyo a la persona en los momentos de malestar personal. Por lo que, los trabajadores sociales son una figura que promueven la educación sobre este fenómeno, sensibilizando a la población para poder contar con las estrategias necesarias para hacer frente a la problemática del suicidio. (Prades-Caballero et al, 2024).

Por otro lado, es necesario que los profesionales adopten un enfoque integral para que la prevención sea efectiva, teniendo en cuenta tanto los aspectos positivos de la persona y sus fortalezas, como los negativos. Para ello, se debe actuar desde todos los niveles de prevención. (Prades-Caballero et al, 2024).

- Prevención primaria: tiene como objetivo principal evitar que se desarrolle el malestar psicológico y los problemas que puedan condicionar la aparición de la conducta suicida.
- Prevención secundaria: después de la detección temprana de los factores de riesgo y de las necesidades, se desarrollan acciones que reduzcan la problemática y alivien la situación de malestar.
- Prevención terciaria: es el último nivel de prevención, en el que se implementan y se activan protocolos y acciones con la finalidad de prevenir futuras recaídas.

Los diferentes niveles de prevención funcionan debido al apoyo que proporcionan las instituciones públicas, las cuales pueden promover programas de autocuidados, proporcionar educación, llevar a cabo campañas de sensibilización, crear servicios de asesoramiento y desarrollar políticas que estén destinadas a proporcionar apoyo personal y familiar. (Sánchez-Serrano et al, 2016).

La prevención desde el Trabajo social se realiza desde un nivel micro con la persona, atendiendo sus necesidades y la problemática desde su contexto individual, por un lado, y por otro desde un nivel macro, atendiendo a la sociedad en su conjunto, reduciendo de esta manera el estigma asociado. Además, la utilización de diferentes recursos y la colaboración entre profesionales y el trabajo en un equipo multidisciplinar es esencial para abordar este fenómeno. (Prades-Caballero et al, 2024).

Además de la prevención, el Trabajo Social tiene una importante labor en la intervención psicosocial proporcionando herramientas para reducir el malestar psicosocial de la persona. (Ituarte, 2022).

Según Sánchez-Serrano et al. (2016) los profesionales del campo de Trabajo Social pueden desempeñar diferentes funciones durante la intervención con personas en riesgo de suicidio, las cuales pueden variar en función del contexto en el que realice su labor profesional. Las principales funciones son:

- Establecimiento de una relación de confianza: permite una comunicación abierta entre la persona y el profesional, la construcción de un sentimiento de apoyo y una colaboración efectiva que facilite la identificación y la atención de posibles recaídas en el futuro.
- Identificación del problema central y creación del contrato terapéutico: el profesional debe de identificar los principales factores que afecten a la conducta suicida y realizar un plan de intervención acordado junto con la persona, quien se debe de comprometer con su cumplimiento.
- Evaluación de la potencialidad suicida: se debe de medir el nivel de riesgo de suicidio a través de una evaluación continua en la que se debe de tener en cuenta la gravedad de los pensamientos y las posibilidades de que la persona haya realizado un plan suicida y lo pueda llevar a cabo.
- Valoración y movilización de recursos externos: consiste en identificar los recursos externos disponibles de la persona, en los que se pueda apoyar durante su intervención, tales como sus redes sociales y familiares, redes de apoyo comunitario o servicios y recursos de salud mental, con la finalidad de aumentar el bienestar de la persona.

- Formulación e iniciación de planes terapéuticos: desarrollar un plan que se adapte a las necesidades individuales de la persona, incluyendo la terapia individual, los grupos de apoyo, la terapia familiar, etc.

Por lo que los/as trabajadores/as sociales que se encuentran dentro del ámbito sanitario, son capaces de detectar los factores de riesgo durante la realización de la entrevista con la persona. Si el profesional detecta un riesgo de suicidio se coordinará con otros profesionales de la salud, proporcionando de esta manera una intervención integral, satisfaciendo sus necesidades sociales, psicológicas, médicas, etc. (Gil, 2023).

Por lo tanto, los trabajadores sociales, en resumen, pueden llevar a cabo acciones preventivas con el objetivo de identificar los factores de riesgo y reducir las tasas, y por otro lado a través de la intervención, durante el proceso de la conducta suicida. Sin embargo, también realizan actuaciones en el transcurso del proceso de duelo de los supervivientes (intervención post-suicidio). (Sánchez-Serrano et al, 2016).

Los supervivientes son aquellos familiares o personas cercanas que han sufrido la pérdida de un ser querido como consecuencia del suicidio, quienes reciben en menor o mayor grado un impacto emocional. (Ayuntamiento de Madrid, 2023).

El concepto de duelo hace referencia a la respuesta emocional que aparece debido a la pérdida de una persona significativa en la vida de una persona. Se puede definir como el conjunto de procesos psíquicos, físicos, emocionales y sociales que las personas experimentan tras una situación de pérdida de una persona importante. Este concepto está muy arraigado a los supervivientes. (Millán-González y Solano-Medina, 2010).

Los supervivientes se enfrentan a un duelo especialmente traumático, debido a que, a las características de esta pérdida, se suma la culpabilidad que sienten los

supervivientes a la estigmatización de este fenómeno. Aproximadamente el 10% de las personas, tras la muerte de un ser querido por suicidio desarrollará un duelo complicado y un 78% de los familiares padecerá del trastorno de duelo complejo persistente (TDCP). Este trastorno surge un año después de que el suceso se haya producido. (Alonso-Llácer, 2021).

Sin embargo, aunque el duelo sea un proceso complicado, es esencial para que las personas puedan integrar la pérdida en su vida, a pesar de que esta se haya producido de manera inesperada. Por lo que la disciplina del Trabajo Social tiene un papel fundamental en el abordaje de las pérdidas de las personas y de las familias con las que se interviene. Durante la intervención, los profesionales deben de acompañar a las personas y trabajar sus procesos de duelo. Para ello es necesario comprender de manera profunda los procesos emocionales que conlleva el duelo. (Prades-Caballero et al, 2024).

En esta misma línea según Prades-Caballero et al (2024), los trabajadores sociales cuentan con diferentes funciones:

1. Apoyo emocional y psicosocial después de una pérdida: los profesionales deben garantizar un espacio en el que la personas que se encuentren en esta situación, se sientan seguras y comprendidas, de tal manera que puedan expresar abiertamente sus emociones sin que se sientan juzgados, puedan procesar el trauma que haya supuesto esta situación y encontrar maneras saludables de afrontar el dolor y la culpa que conlleva una pérdida de un ser querido por suicidio.
2. Creación de espacios seguros para el proceso de duelo y la recuperación: los trabajadores sociales deben establecer espacios y entornos en los que la persona pueda expresar de manera cómoda sus sentimientos y pensamientos sin que sea juzgada, facilitando de esta manera el proceso de recuperación.

3. Vinculación con grupos de apoyo y servicio de atención a largo plazo: los profesionales deben facilitar el acceso a grupos que sirvan de apoyo y a servicios de atención continua, como asegurar que mantengan el contacto con terapeutas o grupos de apoyo que han experimentado situaciones similares relacionadas con el suicidio.
4. Contribución a la resiliencia y rehabilitación de las personas afectadas: es esencial que los trabajadores sociales acompañen a las personas y le ayuden a fortalecer su resiliencia y ayudarles a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas. Para ello se deben identificar los recursos personales y comunitarios que se encuentren en el entorno de la persona y que a largo plazo faciliten su recuperación.

Desde el Trabajo Social el duelo se puede trabajar desde dos ámbitos relacionales: por un lado, desde el Trabajo Social individual o de casos, a través de una intervención individualizada y privada, y por otro, desde el Trabajo Social con grupos mediante la cohesión a grupos de apoyo y de ayuda mutua que faciliten la comunicación a través del intercambio de experiencias personales, con el objetivo de que las personas puedan establecer redes sociales de apoyo. (Prades-Caballero et al, 2024).

Por lo tanto, los profesionales de Trabajo Social cuentan con un papel fundamental para la recuperación de las personas en el proceso del duelo, debiendo acompañarlos en su recuperación y respetando sus ritmos y espacios de la familia, pareja, amistades y otras personas que sean cercanas que exijan en la elaboración de su duelo. Por lo que la labor profesional consiste en acompañar, desde el silencio en el proceso individual del duelo y servir de apoyo para facilitar la recuperación y evitar, de esta manera, la complicación del duelo. (Prades-Caballero et al, 2024).

3. Metodología.

3.1. Diseño.

Para llevar a cabo esta investigación, se ha utilizado una metodología cualitativa, debido a que permite recabar información y datos teniendo en cuenta los diferentes puntos de vista y las perspectivas de los participantes.

Para obtener la información se ha realizado una serie de entrevistas a diferentes profesionales del campo de Trabajo Social, que se encuentran dentro del ámbito sanitario y de la salud mental, con el objetivo de conocer cómo se afrontan situaciones de conducta suicida desde su perspectiva.

3.2. Participantes.

Las personas que han participado en esta investigación, como ya se han comentado, han sido trabajadoras sociales que se encuentran dentro del ámbito de la salud y de la salud mental en la ciudad de Valladolid.

Se ha obtenido una muestra de 7 trabajadores sociales que trabajan en las diferentes áreas de salud de la ciudad (área este y área oeste) y de un trabajador social que trabaja en la asociación de El Puente Salud Mental Valladolid.

Se ha considerado interesante entrevistar a 4 trabajadores sociales que se encuentran trabajando dentro de los Equipos de Salud Mental, tanto del área Este como del Oeste, para poder conocer el funcionamiento y las diferencias de ambos. El interés de concentrar el mayor número de entrevistas en los equipos se debe a que en ellos se mantiene un contacto continuado con personas con conducta suicida. Sin embargo, también se ha contado con la opinión de un trabajador social en el área de atención primaria y de un profesional que trabaja en hospitalización en psiquiatría.

3.3. Procedimiento.

Esta investigación está dividida en dos partes. En la primera se ha realizado un análisis documental de fuentes secundarias, es decir, se ha realizado una revisión bibliográfica en la que busca recopilar información sobre el suicidio y su prevención e intervención en el Trabajo Social.

Esta primera parte se centra en definir el suicidio y los conceptos que están relacionados con este fenómeno, los factores de riesgo y los factores protectores, la influencia de la salud mental en el suicidio, las estrategias actuales para hacerle frente y el papel del Trabajo Social en su prevención e intervención.

En la segunda parte se ha realizado el estudio de carácter cualitativo a profesionales del Trabajo Social en la provincia de Valladolid. Como ya se ha mencionado con anterioridad, esta investigación se ha llevado a cabo mediante la realización de entrevistas dichos profesionales.

Para la realización de las entrevistas, primero se elaboró un guion semiestructurado con las preguntas que se consideraron interesantes para conocer con mayor profundidad el papel del Trabajo Social en la prevención e intervención con personas con conducta suicida. El motivo de elección del método de la entrevista para recopilar la información se debe a que se trata de una herramienta que permite conseguir un testimonio oral de la persona, permitiendo una mayor cercanía debido a que se puede interactuar libremente y facilita que la conversación entre ambos fluya.

Después de elaborar el guion de la entrevista, se contactó con un total de 15 profesionales, de los cuales han estado interesados en participar 7 participantes.

La entrevista se ha realizado conforme a 4 bloques diferentes. El primer bloque está compuesto por cuestiones que buscan conocer los protocolos que utilizan los

profesionales para atender esta problemática. También se realizan cuestiones estadísticas para conocer la tasa de personas con riesgo de suicidio.

El segundo bloque recoge cuestiones relacionadas con la formación recibida sobre esta problemática, las estrategias que se pueden llevar a cabo, los factores de riesgo, los factores de protección y los recursos que se pueden utilizar.

El tercer bloque está conformado por cuestiones referentes a la coordinación entre los profesionales y las funciones que tienen como trabajadores sociales. Este bloque es fundamental para poder conocer con mayor profundidad cuál es el papel del Trabajo Social.

Con referencia al cuarto bloque, se tiene como principal objetivo conocer el impacto de la pandemia de COVID-19 que ha podido tener en el aumento o disminución del riesgo de suicidio.

Finalmente, el quinto bloque tiene la finalidad de conocer la visibilidad que tiene el Trabajo Social en la prevención e intervención del suicidio desde las perspectivas de las profesionales entrevistadas. También se realizó una pregunta abierta al finalizar cada entrevista en la que se busca conocer, desde el punto de vista de cada profesional, cómo se podría mejorar esta situación.

Tras la realización de las entrevistas y la organización de la información recopilada en diferentes bloques para analizar los resultados, se ha realizado una comparativa con las respuestas seleccionadas y la literatura científica recogida. Por lo que se han seleccionado las coincidencias y las discrepancias y, de la misma manera, también se ha tenido en cuenta las respuestas similares entre los profesionales, destacando temas que pueden ser de mayor relevancia. Por lo tanto, para finalizar se ha realizado un apartado de discusión.

3.4. Consideraciones éticas.

Siguiendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal y la garantía de los derechos digitales, al comenzar cada entrevista se informó de la confidencialidad de los datos y de las respuestas proporcionadas en la misma, y que, de la misma manera, las respuestas proporcionadas se utilizarán para la realización de esta investigación.

Sin embargo, en el apartado de análisis de resultados se van a citar frases textuales de los profesionales entrevistados, por lo que para mantener la confidencialidad se va a utilizar una nomenclatura, en la que cada persona entrevistada se va a denominar como “informante” seguido del número asignado por orden (por ejemplo: informante 1, informante 2, informante 3...).

4. Análisis de los resultados.

En este apartado se van a analizar las respuestas proporcionadas por los profesionales durante la realización de las entrevistas. Las respuestas se han ordenado y dividido en 5 bloques diferenciados, facilitando así su análisis y la posterior discusión de los resultados.

4.1. Protocolos, estadísticas y recursos.

Dentro de los Centros de Salud y de los hospitales existen una serie de protocolos que guían a los profesionales en la actuación ante diferentes circunstancias, facilitando, de esta manera, sus intervenciones en el día a día y asegurando una respuesta coherente y efectiva en situaciones de riesgo.

Por lo tanto, se ha considerado importante comenzar la entrevista preguntando si existe un protocolo al que se tienen que acoger los profesionales para intervenir en

situaciones de riesgo de suicidio, así como su funcionamiento en el caso de que lo utilicen. Los entrevistados en esta pregunta coinciden no existe un protocolo establecido por el momento, sino que se sigue el Proceso de prevención y atención de la conducta suicida y la Estrategia de Prevención de Conductas Suicidas (2023-2025). También pueden seguir protocolos impulsados desde asociaciones mediante campañas.

Algunas respuestas son:

- “Existe un proceso, el protocolo todavía no se ha establecido” (Informante 1).
- “Si, hemos realizado recientemente la campaña el mundo necesita tu brillo y ahí informamos sobre las medidas de intervención y recursos” (Informante 6).
- “Sí. El Proceso de prevención y atención de la conducta suicida” (Informante 2).

Además, dentro de los hospitales, centros de salud y equipos de salud mental se sigue un procedimiento que comienza desde la detección del riesgo de suicidio y que puede variar en función de si la persona ha realizado un intento de suicidio o no. En el caso que se detecte riesgo se derivará a la persona con un profesional de referencia en psiquiatría para realizar un seguimiento. Sin embargo, si la persona ha realizado un intento de suicidio, se ingresa en el hospital y se da cita con un profesional de psiquiatría para que valore la situación, inicie un tratamiento y se realice un seguimiento.

Algunas respuestas:

- “Siguiendo un proceso, según donde se detecte se pone en contacto con el equipo para que se realice un seguimiento” (Informante 1).
- “Depende de dónde se detecte, pero suele ingresar en urgencias si ha realizado un intento, si desde el equipo se detecta que existe riesgo se continua con el tratamiento y se hace seguimiento” (Informante 7).

- “Sí que existe un procedimiento en el que están involucrados la enfermera, el facultativo y el psicólogo. Desconozco su funcionamiento porque en él no intervienen los trabajadores sociales” (Informante 4).

Con respecto a la tasa de personas que acuden con riesgo de suicidio o que mantienen conductas suicidas, los entrevistados refieren que no se mantiene un registro, por lo que desconocen este dato.

Sin embargo, el informante 1 refiere: “No se lleva registro, pero creo que la mayoría de los pacientes mentales graves tienen ideación suicida, sin embargo, hay muchos otros factores que pueden influir. En general 1 o 2 a la semana intento en urgencias. Además, las mujeres realizan más intentos de suicidio, pero los hombres utilizan mecanismos más letales. Últimamente hay muchos pacientes que presentan trastornos de personalidad que realizan intentos de suicidio, principalmente quienes padecen Trastorno Límite de la Personalidad y los pacientes psicóticos son quienes llegan a consensuarlo”. El informante 4 además considera que existen más intentos de suicidio fuera de los equipos, por lo que nunca se van a conocer los datos reales de esta problemática.

Finalmente, los principales recursos a los que tienen acceso los profesionales son los que se encuentran tanto en el área este de salud como en el área oeste, considerando al propio sistema como un recurso.

Algunas respuestas sobre los recursos:

- “Los dispositivos que integran la Red de Salud Mental de Castilla y León (ESM, UHB, HDía, CRPS...)” (Informante 2).
- “Todo este sistema es un recurso debido a que nos coordinamos unos con otros” (Informante 3).

- “Recursos a los que puedo derivar desde mi área como la UFAC y las viviendas para realizar un abordaje integral y facilitar la recuperación de las personas con enfermedad mental grave. También se puede derivar a entidades como Intras y la Asociación de Salud Mental el Puente en las que también tienen viviendas supervisadas, asistencia personal y servicios de inclusión laboral y social” (Informante 4).
- “Nosotros somos el recurso, el Equipo de Salud Mental, con personal de Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Terapeuta Ocupacional. Otros recursos son la Unidad de Hospitalización para los casos agudos que precisan hospitalización y los Hospitales de Día, cuando necesitan una supervisión más intensa de la que se le puede ofrecer a nivel ambulatorio desde los Equipos de Salud Mental” (Informante 6).

4.2. Formación, factores de riesgo y de protección y estrategias.

Este bloque recoge la formación que han recibido los profesionales durante su trayectoria profesional, así como el conocimiento que tienen sobre este fenómeno. También va a responder a cuestiones como las estrategias utilizadas para hacer frente las diferentes situaciones y los recursos que tienen a su disposición.

En primer lugar, el 85% de los profesionales entrevistados no han recibido ninguna formación previa ni durante su labor profesional sobre esta problemática. Todos coinciden en que impartir formación relacionada con la prevención e intervención del suicidio es fundamental para actuar de manera eficaz en estas situaciones. Además, también comparten que cuentan con limitaciones de tiempo para poder recibir formaciones.

Algunas respuestas sobre la necesidad de recibir formación:

- “No he recibido prácticamente formación, no tenemos la suficiente, no he hecho ningún curso y por supuesto que considero necesario que se realice” (Informante 1).
- “No, pero sería interesante recibir formación” (Informante 2).
- “Mi intención si sería hacerlo. Esta muy limitada solo tiene cuatro días para hacer formaciones” (Informante 4).

Sin embargo, el informante 3 refiere haber recibido recientemente formación sobre este fenómeno: “he estado haciendo un curso de prevención del suicidio, pero desde la atención primaria no tenemos mucho tiempo. También sería necesario formarnos a todos nosotros y a la sociedad”.

Por otro lado, se busca conocer cuáles son los principales factores de riesgo y factores de protección desde el punto de vista profesional de los entrevistados. La mayoría de los entrevistados coinciden en que los principales factores de riesgo son la soledad y padecer una enfermedad mental y que los principales factores de protección son una red social y de apoyos estable. Sin embargo, las respuestas sobre los factores de riesgo son variadas debido a que los desencadenantes son variados.

Algunas respuestas:

- “La falta de recursos económicos, inserción laboral, relaciones sociales, los trastornos mentales graves y trastornos como la depresión son factores que afectan directamente a la persona. Previniendo la aparición de estos y asegurando una red social estable y mantener a la persona dentro del ámbito laboral considero que es fundamental para su protección” (Informante 1).
- “Como factores de riesgo destacaría las crisis vitales, padecer alguna enfermedad y la soledad. Entre los principales factores de protección se encuentran disponer

de familia o red social y tener habilidades para la resolución de conflictos” (Informante 2).

- “Familia desestructurada, la educación, poner límites desde la infancia. Principalmente trastornos mentales e intentos previos, factores biológicos son factores de riesgo, economía, trabajo, maltrato y abuso sexual en violencia de género, la orientación sexual, el acoso y bullying y el acceso a armas. De protección apoyo familiar, creencias religiosas y espirituales, el afrontamiento positivo de las enfermedades, la habilidad para resolver conflictos, relaciones interpersonales. En los pueblos es diferente tienen su red, la tolerancia a la frustración. Tener hijos es un factor de protección, trabajar su integración social y crear redes, un buen control y seguimiento de la enfermedad mental” (Informante 3).
- “De riesgo la soledad, no comunicar la situación que están viviendo, ausencia de entorno familiar. Protección: adhesión a la red de salud mental, desarrollo de actividades ocupacionales o laborales, red social y familiar” (Informante 5).
- Los factores de riesgo de riesgo pueden ser por enfermedades mentales como la depresión y antecedentes de suicidio. Los de protección son mantener buenas relaciones interpersonales, tener un sentido de pertenencia y contar con estrategias efectivas de afrontamiento” (Informante 7).

En cuanto a las estrategias más eficaces para llevar a cabo una correcta intervención, los profesionales coinciden en que la escucha activa es la principal estrategia para que la intervención sea efectiva. Sin embargo, también consideran importantes llevar a cabo otras estrategias, tal y como refieren los entrevistados:

- “La escucha activa, las personas necesitan hablar y desahogarse. Es fundamental, también la acogida mostrarte cercano y que se le entiende, la empatía” (Informante 3).
- “La escucha activa y derivación a servicio específico” (Informante 5).
- “La escucha sin interrupciones y el trabajo en equipo. Cada profesional ocupando su rol” (Informante 6).
- “El establecimiento de una red de apoyo sólida y el seguimiento constante” (Informante 7).

Finalmente se ha preguntado a los trabajadores sociales cuáles creen que son las principales dificultades que se encuentran trabajando con esta problemática. Las respuestas a esta pregunta han sido muy variadas:

- “Las mayores dificultades las encuentro en los casos de pacientes sin red de apoyos naturales” (Informante 2).
- “Depende del paciente, pero suelen ser pacientes muy continuados en el tiempo” (Informante 4).
- “Con las personas con problemas de salud mental la falta de adherencia a las pautas de los servicios de salud mental” (Informante 5).
- “La mayor dificultad es la imprevisibilidad del acto” (Informante 6).
- “La dificultad para mantener un seguimiento constante” (Informante 7).

4.3. Coordinación y funciones profesionales.

Este apartado es fundamental para poder comprender el papel que tiene el Trabajo Social en la prevención e intervención del suicidio debido a que se puede comprender las aportaciones que tiene la profesión ante esta problemática. Para entenderlo, la primera pregunta de este bloque hace referencia a la coordinación entre

los trabajadores sociales con otros profesionales. Los entrevistados coinciden en que dicha coordinación es fundamental para realizar una intervención eficaz y que, además, siempre se trabaja conjuntamente o en equipo con otros profesionales especializados en este ámbito, principalmente en el de la salud mental. Algunas respuestas que se pueden destacar son:

- “Constantemente nos coordinamos ya que, aunque sea un tema que se considera que está dentro del ámbito sanitario, lo social tiene mucha influencia en el riesgo de suicidio” (Informante 1).
- “Me coordino con el resto de profesionales del Equipo de Salud Mental intercambiando información de manera continuada en relación a la atención de estos pacientes” (Informante 2).
- “La coordinación es como en el resto de intervenciones, principalmente con servicios sociales básicos (CEAS) o específicos cuando hay una intervención social iniciada o seguimiento. En ocasiones también contactamos con Atención Primaria (a través de la trabajadora social) para intercambio de información. La coordinación suele hacerse vía telefónica y por e-mail en caso de no contactar. Es rápida, funciona bien y desde el trabajo social lo que hacemos es poner en común las líneas de intervención de salud mental con las de servicios sociales. Somos los interlocutores de los dos sistemas (Informante 6).
- “Sí, la coordinación con otros profesionales es crucial. Trabajo con los psiquiatras, el psicólogo, la enfermera y otros médicos. Realizamos reuniones regularmente para compartir información sobre estos pacientes” (Informante 7).

Además, mantener una coordinación continua, dentro de cada centro de salud, hospital y equipo de salud mental, los trabajadores sociales desarrollan una serie de

funciones para la prevención e intervención del suicidio. Según los entrevistados las funciones pueden ser diferentes:

- “Puedo orientar a las familias, realizar gestión de casos, integrar, detectar posibles casos y prevenir de que se produzca reincidencia. Además, la trabajadora social realiza entrevistas individuales y familiares” (Informante 1).
- “Mis funciones se centran en crear y mantener un entorno protector que evite posibles intentos suicidas, hacer seguimiento post alta, asegurar la continuidad en el atención y promover la recuperación de nuevos roles y metas personales” (Informante 2).
- “Como profesional puedo valorar el riesgo de suicidio y derivar con el psiquiatra de referencia, proporcionar apoyo emocional y asesoramiento y coordinar con otros servicios y recursos” (Informante 7).

Como ya se ha mencionado, dentro de las funciones, se encuentra la realización de un seguimiento a los pacientes. Sin embargo, este seguimiento lo suelen realizar los psiquiatras, los psicólogos o las enfermeras, según como se haya determinado dentro del equipo. No obstante, debido a la continua coordinación entre los profesionales, los trabajadores sociales también se encuentran dentro de este seguimiento y pueden citar en ocasiones a los pacientes para valorar sus necesidades sociales. Otros profesionales refieren que debido a la sobrecarga es difícil realizar un seguimiento con todos los pacientes por lo que se deriva con otros profesionales.

Algunas respuestas:

- “En este momento es la enfermera del equipo la que se encarga principalmente de contactar con el paciente o familia para asegurar la cita y valorar en riesgo del paciente en espera de consultas en el ESM” (Informante 2).

- “Lo que se puede, es imposible a veces realizar seguimiento de todo, intento derivar, me coordino siempre con CEAS” (Informante 3).
- “Al estar en una planta de agudos se tiene que comprobar si ya tiene seguimiento, si es necesario se hace derivación a trabajadora social correspondiente del equipo de salud mental” (Informante 4).
- “Por parte de los psicólogos sí” (Informante 5).
- “Depende de cómo determinemos en el Equipo de Salud Mental quién debe hacer el seguimiento” (Informante 6).

Además del seguimiento con el paciente, también se ha considerado importante preguntar a los entrevistados si se mantiene un contacto continuado con las familias, debido a que estas suponen una red de apoyo esencial para la persona. Según los profesionales:

- “Sí, es muy importante tener a las familias en cuenta” (Informante 1).
- “Se acuerdan medidas de acompañamiento y supervisión por parte de familiares, amigos o cuidadores” (Informante 2).
- “Primero se habla con paciente y si él quiere sí, ya que es un pilar fundamental” (Informante 4).
- “Se dan pautas a los padres o tutores. Dentro de la Estrategia se recoge la necesidad de trabajar con los familiares y allegados, pero aún no se ha hecho efectivo porque está pendiente elaborar un protocolo” (Informante 6).

4.4. Impacto del COVID-19.

Se considera importante tener en cuenta la manera en la que la pandemia de COVID-19 ha afectado a este fenómeno debido a la gran influencia que ha tenido en la salud mental de la población. Los trabajadores sociales entrevistados consideran que

principalmente fue el confinamiento el que provocó un aumento de problemas de salud mental y del desarrollo de la conducta suicida. Según refieren los profesionales:

- “Sí si, como a los pacientes solo se les atendía telefónicamente, el abordaje es más complicado y limitado. Muchos no se ponían en contacto, otros no cogían el teléfono. El aislamiento social y la angustia de no poder salir de casa provocó un aumento de la conducta suicida y el proceso de incertidumbre provoca ideación suicida” (Informante 1).
- “El Covid ha supuesto un aumento de las consultas por problemas de salud mental y, por ende, de los suicidios. En 2023 murieron casi un 20% más de personas que hace 5 años por suicidio” (Informante 2).
- “Si, se ha agudizado, la soledad y sobre todo en las personas mayores. Uno de los factores de riesgo es la soledad no deseada. Este problema venia de antes pero el COVID ha hecho que salga a más a flote” (Informante 3).
- “El incremento venía apareciendo desde antes quizás desde 2018, sobre todo de aquellas conductas que mostraban malestar emocional. Durante la pandemia hubo un periodo de contención y sólo se vieron las conductas graves. Una vez que el confinamiento fue desapareciendo, el incremento fue exponencial” (Informante 6).
- “Sí, ha incrementado los factores de estrés como el aislamiento social, la incertidumbre económica y el acceso limitado a los servicios de salud mental, lo que ha contribuido a un aumento de la conducta suicida” (Informante 7).

4.5. Visibilidad de la profesión y posibles mejoras en el futuro.

En el último bloque se ha preguntado a los profesionales si consideran que el Trabajo Social cuenta con la suficiente visibilidad dentro de este ámbito. Todos los

profesionales coinciden en que sería necesaria una mayor visibilidad, tal como lo refieren en sus respuestas:

- “Por supuesto sería necesaria más visibilidad y más aportación desde nuestro campo, como trabajamos en equipo no están claras nuestras funciones” (Informante 1).
- “Considero que hay poca visibilidad respecto a la intervención del trabajo social en el manejo de estas conductas, si bien es un problema en el que se está poniendo el foco de atención desde hacer relativamente poco tiempo. Tendremos que trabajar en ello, escribir e investigar (Informante 2).
- “Poca, hay tantos frentes abiertos y tantos temas que tratar que no tenemos mucha” (Informante 4).
- “Cada profesional debe cumplir con su rol y el nuestro es el de ser el vínculo entre el sistema sanitario y la sociedad. Tenemos suficiente visibilidad dentro de los Equipos de Salud Mental (somos uno más) y los otros sistemas saben que deben dirigirse a nosotros” (Informante 6).
- “Creo que sería necesario aumentar la visibilidad del papel de los trabajadores sociales en este ámbito para mejorar la integración de los servicios” (Informante 7).

Para finalizar la entrevista, se ha considerado pertinente tener en cuenta la opinión de los profesionales con referencia a cómo creen que se podría mejorar esta situación. Esta pregunta abierta ha permitido conocer con mayor profundidad su opinión y su perspectiva sobre este tema, además de que permite realizar una crítica con una visión de mejora ante esta problemática. Debido al carácter de la pregunta las opiniones de los entrevistados varían, aunque algunas coinciden que es difícil abordar esta problemática debido a la sobrecarga de trabajo:

- “Principalmente trabajar en equipo como se hace ahora, abordar los casos de manera individualizada de manera multidisciplinar y el seguimiento debe ser muy estrecho. Además, debido a la gran afluencia de pacientes las consultas se distancian mucho en el tiempo, se debería de ver a los pacientes de manera continua y facilitar el contacto directo con el profesional para evitar recaudado y verle de manera urgente.” (Informante 1).
- Es imposible por cómo está todo distribuido, habría que hacerle un trabajo más profundo con toda la unidad familiar. La gerencia está trabajando y se está enfocando en prevención y me parece fundamental. Yo creo que se debería de trabajar en prevención, vivimos también en un mundo en el que parece que todo tiene que parecer perfecto así que se debería de dotar a las personas de inteligencia emocional y la resiliencia, todo esto se puede trabajar desde prevención. Se debería trabajar mucho con la persona y ayudarla a que vea las habilidades que tiene y trabajar en comunidad y crear redes físicas. Es difícil también atender todo desde aquí porque a veces toca derivar a lo privado. El problema es el dinero y la reutilización de personal.” (Informante 3).
- “Más protocolos actualizados que incluyan a más profesionales para que la persona pueda tener cubiertas las necesidades, para que haya una detección precoz y la persona este en seguimiento. Hay falta de recursos y citas distanciadas” (Informante 4).
- “Dando mayor visibilización” (Informante 5)
- “Haciendo más seguimiento de determinados pacientes a los que no llegamos por la carga asistencial” (Informante 6).

5. Discusión de resultados y conclusiones.

5.1. Conclusiones.

El fenómeno del suicidio es un problema significativo de salud pública que en la actualidad afecta a una gran parte de la población. Además, no influye únicamente al individuo con conducta suicida, sino que la familia de la persona también se ve afectada por esta situación, por lo que es fundamental tenerla en cuenta debido a que es la principal red de apoyo de la persona.

Los trabajadores sociales, además de involucrar a las familias durante la intervención y el seguimiento, deben saber identificar los factores de riesgo y abordarlos de manera integral para prevenir y/o actuar ante situaciones en las que se presente un riesgo de suicidio o exista conducta suicida. Para poder identificarlos con facilidad es necesaria la formación sobre esta problemática. En la actualidad es escasa y los profesionales aprenden con la experiencia práctica. Sin embargo, la formación permite detectar e identificar los factores de riesgo a tiempo, y, por lo tanto, realizar una prevención efectiva.

Por otro lado, la coordinación con otros profesionales facilita el intercambio de información vital que permite la detección de casos y de la realización de la toma de decisiones informadas. Los trabajadores/as sociales cuentan con diferentes funciones como ser una figura de apoyo, la orientación, la valoración de necesidades y la realización de planes de apoyo. Los planes de apoyo se realizan de manera personalizada en función de las circunstancias de cada individuo. Para llevarlos a cabo es necesaria la coordinación con otros profesionales debido a que la persona puede necesitar terapia psicológica, apoyo en la búsqueda activa de empleo, apoyo médico y

otros recursos comunitarios. Por lo tanto, el trabajador/a social es una figura de enlace entre diferentes sistemas.

Es interesante destacar las estrategias que mencionan los trabajadores sociales debido a que estas nos acercan al trabajo que realizan en su día a día con personas con riesgo de suicidio. Dentro de ellas sobresale la escucha activa, la cual es una de las principales herramientas que se utilizan durante las intervenciones, como por ejemplo durante la realización de una entrevista a un paciente. La escucha activa permite realizar una valoración de las necesidades de la persona y enfocar su intervención.

Teniendo en cuenta que los trabajadores sociales cuentan con gran influencia dentro de los equipos multidisciplinares debido a que muchos de los factores de riesgo se deben a una causa social (aislamiento social, incertidumbre económica, pérdida de un empleo, etc.), y las funciones que desarrolla como profesional, esta profesión se debería de visibilizar dentro de la sociedad para abordar esta problemática de manera integral y facilitar la prevención de este fenómeno.

Por otra parte, aunque la profesión cuente con un papel fundamental en la colaboración con otros profesionales, a nivel social se considera que no tiene la suficiente visibilidad. Esto se debe a que se puede considerar el fenómeno del suicidio como un ámbito que se trate desde lo sanitario, sin embargo, existen numerosos factores que afectan a nivel social a la persona, y, por lo tanto, la visibilidad de la profesión debería de ser mayor.

Por lo tanto, tras analizar la información recogida, se puede concluir que el Trabajo Social cuenta con un papel fundamental en la prevención e intervención del suicidio, a través de la colaboración interprofesional, la formación continua y el aumento de la visibilidad de su rol profesional. Los trabajadores/as sociales pueden

contribuir de manera significativa en la reducción de las tasas de suicidio apoyando a las personas que presentan una conducta suicida de manera integral y a sus familias.

5.2. Discusión de resultados.

Después de realizar el análisis de resultados a través de las entrevistas realizadas a los diferentes profesionales, se pueden encontrar una gran cantidad de similitudes entre sus respuestas y la literatura científica, aunque existen discrepancias entre algunos aspectos.

Con referencia al escenario actual, no se puede determinar la tasa exacta de pacientes que acuden a los centros de salud u hospitales que tienen un riesgo de suicidio o mantienen una conducta suicida debido a que no está baremado ni se lleva un registro existiendo una discrepancia, y por lo que la principal fuente estadística de este dato será el INE y las otras fuentes expuestas en el marco teórico.

En cuanto a la utilización de protocolos, los profesionales comentan que en la actualidad todavía no se ha creado uno, sino que se utiliza principalmente el Proceso de Prevención y Atención de la Conducta Suicida 2021-2025, coincidiendo con lo expresado en la literatura científica del marco teórico. Además, a mayores de los recursos que ya se han mencionado con anterioridad en la literatura, como la Línea de atención a la conducta suicida (024), la cual la puede utilizar cualquier persona si lo considera necesario, actualmente los profesionales expresan que a mayores cuentan con recursos dentro del ámbito de la salud mental, a los que pueden derivar a los pacientes con una enfermedad mental y que mantengan una conducta suicida.

En cuanto al segundo bloque los factores de riesgo y de protección son similares a los mencionados en la literatura. Los factores de riesgo expresados por los profesionales coinciden con la categorización realizada por la OMS en 2014. Los

factores de protección que comentan los entrevistados también coinciden con los que proponen Hernández et al (2022), como las habilidades de comunicación, de resolución de problemas y habilidades para relacionarse y mantener las relaciones personales y una red de apoyo de calidad.

Respecto a la necesidad de recibir formación, es congruente con lo que dicen los autores Almeida et al (2017), considerándola fundamental para realizar intervención con una mayor eficacia.

En relación con el papel del Trabajo Social en la prevención e intervención del suicidio, se consideraría que los trabajadores sociales son una figura fundamental, coincidiendo entre lo expresado por Prades-Caballero et al (2024) y por los profesionales entrevistados. Según los entrevistados, la coordinación entre los diferentes profesionales es crucial para abordar este fenómeno de manera integral y los trabajadores sociales desempeñan un papel activo en la creación de redes de apoyo y coordinación entre los diferentes profesionales y entre los diferentes servicios de salud, CEAS, entidades sociales y otros recursos comunitarios. Por lo que la colaboración interprofesional es esencial para desarrollar una intervención con éxito. Esta información se completa con la información recogida de los autores mencionados, se destaca que entre las funciones de los trabajadores sociales se encuentra la valoración de necesidades sociales, la orientación tanto a la persona como a las familias, cuentan con habilidades de evaluación y son una figura de apoyo para la persona y sus familiares.

Por otro lado, según lo expresado por Martínez (2021), la pandemia del COVID-19 ha supuesto un gran cambio en las vidas de las personas, afectando gravemente la salud mental de una gran parte de la población, y, como consecuencia, aumentando el riesgo de suicidio y de la aparición de la conducta suicida. Esta información coincide con las opiniones de los entrevistados, quienes coinciden en que el confinamiento

agravó la situación, debido principalmente al aislamiento social y a la poca cercanía entre los profesionales de la salud.

En relación con la última cuestión que se ha realizado a los entrevistados se ha querido reflejar las opiniones de los profesionales sobre las posibles mejoras que se podrían realizar y tener en cuenta en futuras investigaciones. Consideran que debe de seguir existiendo la coordinación entre profesionales, pero que existen largas listas de espera que dificultan la atención integral de las personas. Como propuesta de mejora de esa situación se propone la creación de un protocolo actualizado y continuar trabajando en la prevención del suicidio y dotar de habilidades sociales a las personas, ya que de esta manera se reduciría la cantidad de intentos de suicidio. Teniendo en cuenta los aspectos en los que se puede mejorar, la bibliografía y las respuestas proporcionadas por los entrevistados, se pueden ver los principales problemas que se pueden solventar en un futuro.

Referencias Bibliográficas.

Almeida, J., O'Brien, K. y Norton, K. (2017). Social work's ethical responsibility to train MSW students to work with suicidal clients. *Social Work*, 62(2), 181-3.

<https://doi.org/10.1093/sw/swx011>

Aláez, M., (2013). *Líneas de pensamiento de un suicida.*

http://suite101.net/article/tipos-de-suicidio-a42492#.VN1Se_15Pgs

Alonso-Llácer, L., Lacomba-Trejo, L., y Pérez-Marín, M. B (2021). Duelo complicado por la muerte de un hijo: presentación de un caso. *Médicas UIS*, 34 (3), 85-92.

<https://doi.org/10.18273/revmed.v34n3-2021009>

Anseán, A. (2014). Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida. Fundación Salud Mental, Madrid.

Arcos, A. (2017). Proyecto de investigación sobre el suicidio. Universidad de la Laguna.

AVALIA-T (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Ayuntamiento de Madrid. (2023). Plan de Actuación de Prevención del Suicidio del Ayuntamiento de Madrid 2023-2024.

<https://transparencia.madrid.es/portales/transparencia/es/Organizacion/Planes-y-memorias/Planes/Plan-de-Actuacion-de-Prevencion-del-Suicidio-2023-2024/?vgnextoid=1d09bfb1f1d55810VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=d869508929a56510VgnVCM1000008a4a900aRCRD>

Ayuso-Mateos, J.L, Baca-García, E., Bobes J., Giner L., Pérez, V., Sáiz, P.A., y Grupo RECOMS (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 8-23, (1).

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S188898911200002X?casa_token=f0jmbvyhH7IAAAAA:zrmYqEpC-vawIljUAAPgcyoGsN- -Jrs3YBwKEvlPnO7DGVlGn-VtSXBG7j0cAsWWrWHt1gr-w

Blanco, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 79-106.

<https://rcs.cienciassociales.edu.uy/index.php/rcs/article/view/38>

Castellvi-Obiols, P. y Piqueras, J. (2019). El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de estudios de juventud*. (121), 45-59

Castillo, A.E. (2022). Contención del suicidio en España: evaluación del diseño de las políticas y Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas.

<https://revistasonline.inap.es/index.php/GAPP/article/view/10956/12153>

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2019). Trabajar juntos para prevenir el suicidio – Día mundial para la prevención del suicidio 2019.

<https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1317/trabajar-juntos-prevenir-suicidiodia-mundial-la-prevencion-suicidio-2019->

Confederación salud mental España; Fundación Mutua Madrileña (2023). *Informe de Salud Mental en España*. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-situacion-salud-mental/>

Durkheim, E. (2015). *El suicidio: un estudio de sociología*: Ediciones Akal.

<https://elibro-net.ponton.uva.es/es/lc/uva/titulos/49723>

Federación Internacional de Trabajadores Sociales (2014). <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>

Fonseca-Pedrero, E. y Díez, A. (2021). Conducta suicida y juventud: pautas de prevención para familias y centros educativos. *Revista estudios de juventud*, 120. 35-46.

García, J. (2020). Educando en prevención hablemos de suicidio. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 67-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.26489/rvs.v33i46.4>

Gil, S. (2022). *El Estigma del Suicidio*. Universidad de Valladolid. Facultad de Educación y Trabajo Social.

González, R. y Solano-Medina, N. (2010). Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39 (2), 375-388.

Guija, J.; L. Giner; R. Marín; M. Blanco y J. A. Parejo (2012). Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), pp. 161-171.

Hernández, N. B., Romero, M. G., Escalada, R. C., Saiz, J. D., y Casas, M.L. y Martínez, M. (2022). *Guía de prevención del suicidio. Protocolo de actuación en situaciones autolíticas*. Federación de Castilla y León. <https://sid-inico.usal.es/documentacion/guia-de-prevencion-del-suicidio-protocolo-de-actuacion-en-conductas-autoliticas/>.

Instituto Nacional de Estadística (19 de diciembre, 2023). Defunciones según la Causa de Muerte.

Ituarte, A. (2022). El Trabajo Social Clínico y la Psicoterapia. Consejo General del Trabajo Social.

Jiménez, J., Montes, M., Jiménez, A., Mayoral, A., Escudero, JL., y Cid, E. (2016). *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida para profesionales sanitarios y facilitadores sociales*.
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17859>

Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. (2016). Proceso de Prevención y Atención de la Conducta Suicida.
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/procesos-asistenciales/procesos-asistenciales-gerencia-regional-salud/prevencion-atencion-conducta-suicida>

Martínez, L. (2019). El duelo: buscando sentido tras la pérdida. *Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica*, 6, 15-21.

Martínez, G. (2021). La pandemia de los suicidios: peligroso aumento de intentos tras el confinamiento. *El Confidencial*. La pandemia de los suicidios: peligroso aumento de intentos tras el confinamiento. https://www.elconfidencial.com/espana/2021-06-21/pandemia-suicidios-confinamiento_3135748/

Ministerio de Sanidad (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de salud 2022-2026.

<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm>

Ministerio de Sanidad (2022). Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024.

<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/home.htm>

Mozo, M. (2023). Actitudes y posición de los jóvenes sobre la muerte y el suicidio.

Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15, 5.

Organización Mundial de la Salud (1969). Prevención del suicidio. Cuadernos de Salud Pública, 35. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>

Plaza, M. (2023). Investigación de los posibles prejuicios en torno al suicidio en la Facultad de Educación y Trabajo Social de Valladolid.

Prades-Caballero, V., Navarro-Pérez, J., y Carbonell, Á. (2024). La prevención, intervención y postvención de la conducta suicida: Una mirada desde el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 37(1), 127-146. <https://doi.org/10.5209/cuts.92021>

Sánchez-Serrano, J.I., Mora, M.M. y Vallejo, A. (2016). Suicidio y Trabajo Social. *International Journal of Educational Research and Innovation (IJERI)*, 6, 46-57.

Sanmartín, A.; Ballesteros, J.C.; Calderón, D. y Kuric, S. (2022). Barómetro juvenil 2021. Salud, bienestar y una mirada sobre la discapacidad. Madrid: Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud, Fundación FAD Juventud.

Valladolid, N. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología* 2(15), 1-5.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798>

Zabaleta, R., Lezcano, F. & Perea, M.V. (2023). Alfabetización en Salud Mental:

Revisión Sistemática de la Literatura. *Psykhe*, 32(1), 1-15.

<http://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2020.21787>

Anexos.

Preguntas entrevista TFG.

1. ¿Existe un protocolo de intervención de prevención y/o intervención para personas con riesgo de suicidio?
2. Si existe un protocolo, como funciona y cuál es la manera en la que se utiliza?
3. ¿Cuál es la tasa aproximada de personas que acuden que presentan un riesgo de suicidio?
4. ¿Te coordinas con otros profesionales durante la intervención? ¿Cómo es dicha coordinación?
5. ¿Qué funciones desarrollas como profesional durante la prevención y la intervención?
6. ¿Se mantiene un contacto continuado con la persona y se realiza un seguimiento?

7. ¿Se realiza además una intervención con los familiares y los seres queridos de la persona?
8. ¿Cuáles son las principales dificultades que encuentras trabajando con este colectivo?
9. ¿Cuáles son los recursos disponibles en tu área?
10. ¿Has tenido algún tipo de formación sobre este fenómeno? ¿Consideras que es necesario?
11. ¿Qué estrategias encuentras más efectivas para ayudar a las personas que tienen riesgo de suicidio?
12. ¿Cuáles crees que son los principales factores de riesgo? ¿Y de protección?
13. ¿Crees que el COVID-19 ha supuesto un aumento en la conducta suicida?
14. ¿Qué visibilidad consideras que tiene el Trabajo Social en la prevención e intervención sobre este fenómeno? ¿Sería necesaria más?
15. Como trabajadora social, ¿cómo crees que podrías aportar a la reducción del riesgo del suicidio?