



ACOMPañAMIENTO A LAS FAMILIAS EN DUELO POR SUICIDIO, DESDE LA PRESPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL

Marta Jiménez Díaz

Trabajo Final de Grado

Tutora: Marta Ausona Bieto

Grau de Trabajo Social

Itinerario de especialización: Salud y Vulnerabilidad Social

Año Académico:2020- 2021

Fecha de depósito: 20/05/2021

Facultad de Educación y Trabajo Social Pere Tarrés. Universidad Ramón Llull

Resumen:

Según la OMS en septiembre del 2019 uno de los principales factores de riesgo en el suicidio es la enfermedad mental entre los jóvenes y adultos. Este mismo estudio pone de relevancia que el suicidio no es un problema de los países pobres, sino que también se produce en los países con un poder adquisitivo alto, se extrae que se trata de un fenómeno global que tiene una afección a nivel mundial. En el año, en 2016, más del 79% de los suicidios se produjeron en países con ingresos bajos y medianos.

Según INE (2015) la conducta suicida es un fenómeno complejo que genera una gran preocupación en la sociedad actual, y constituye un grave problema de salud pública, ya que se sitúa como la segunda causa de muerte en las franjas de edad de los 15 a los 29 años y la primera causa de muerte violenta en las personas de la tercera edad, de más de 60 años.

En Cataluña alrededor de 500 personas, según INE (2018) de éstas, una pequeña proporción son jóvenes y adolescentes. Actualmente es una problemática de gran tamaño a escala mundial.

La finalidad de realizar este trabajo es llevar una investigación fundamentada en teorías del suicidio que hablen de las necesidades que surgen a raíz de este hecho traumático, para los supervivientes, desde la perspectiva del acompañamiento del rol del trabajador social en Cataluña. Mediante la prevención, detección e intervención para ver las líneas de actuación que se realizan desde el TS sanitario. La finalidad es trabajar en un mismo objetivo: acompañar a construir vidas dignas de ser vividas.

Pensar en la muerte conlleva a reflexionar sobre qué puede aportar el profesional del Trabajo Social Sanitario, planteando funciones esenciales enfocadas al cambio. Los objetivos de la investigación se orientan en los protocolos existentes en la actualidad, como es el protocolo de riesgo de suicidio (CRS) y en el programa N'Viu de Cataluña y cuál es el papel del trabajador social en el acompañamiento de los familiares y el entorno más próximo.

En esta investigación se ha utilizado como metodología la revisión de documentos y se han consultado las siguientes bases de datos como fuentes principales: Dialnet, Sage

Journals, PubMed, PsycInfo y Medline. Los criterios de la búsqueda han sido las palabras clave: Cataluña y proyectos en el resto de España, conducta suicida, acompañamiento familiar, trabajo social, abordaje sanitario y duelo.

Ante la escasa intervención del Trabajo Social en Centros de Salud Mental y la ausencia del Trabajo Social en la intervención con adultos lleva a replantear qué puede aportar el Trabajo Social Sanitario como profesional social, estableciendo funciones esenciales para abordar este fenómeno tabú en ciertas culturas y tan estigmatizado en la sociedad actual.

Palabras claves: Trabajo Social, Suicidio, Duelo, Acompañamiento familiar y Factores de riesgo.

Resum:

Segons l'OMS al setembre del 2019 un dels principals factors de risc en el suïcidi és la malaltia mental entre els joves i adults. Aquest mateix estudi posa de rellevància que el suïcidi no és un problema dels països pobres, sinó que també es produeix als països amb un poder adquisitiu alt, s'extrau que es tracta d'un fenomen global que té una afecció a nivell mundial. L'any, en 2016, més del 79% dels suïcidis es van produir en països amb ingressos baixos i mitjans.

Segons INE (2015) la conducta suïcida és un fenomen complex que genera una gran preocupació en la societat actual, i constitueix un greu problema de salut pública, ja que es situa com la segona causa de mort en les franges d'edat dels 15 als 29 anys i la primera causa de mort violenta en les persones de la tercera edat, de més de 60 anys. A Catalunya al voltant de 500 persones, segons INE (2018) d'aquestes, una petita proporció són joves i adolescents. Actualment una problemàtica de gran dimensions a escala mundial.

La finalitat de fer aquest treball és portar una investigació fonamentada en teories del suïcidi que parlen de les necessitats que sorgeixen arran d'aquest fet traumàtic, per als supervivents, des de la perspectiva de l'acompanyament del rol del treballador social a Catalunya. Mitjançant la prevenció, detecció i intervenció per a veure les línies d'actuació que es realitzen des del Treball Social sanitari. La finalitat és treballar en un mateix objectiu: acompanyar a construir vides dignes de ser viscudes.

Pensar en la mort comporta a reflexionar sobre què pot aportar el professional del Treball Social Sanitari, plantejant funcions essencials enfocades al canvi. Els objectius de la investigació s'orienten en els protocols existents en l'actualitat com és EL protocol de risc de suïcidi (CRS) i en el programa N' Viu de Catalunya i quin és el paper del treballador social en l'acompanyament dels familiars i l'entorn més pròxim.

En aquesta investigació s'ha utilitzat com a metodologia la revisió de documents i s'han consultat les següents bases de dades com a fonts principals: Dialnet, Sage Journals, PubMed, PsycInfo i Medline. Els criteris de la cerca han sigut les paraules clau:

Catalunya i projectes en la resta d'Espanya, conducta suïcida, acompanyament familiar, treball social, abordatge sanitari i dol.

Davant l'escassa intervenció del Treball Social als Centres de Salut Mental i l'absència del Treball Social en la intervenció amb adults, porta a replantejar què pot aportar el Treball Social Sanitari com a professional social, establint funcions essencials per a abordar aquest fenomen tabú en unes certes cultures i tan estigmatitzat en la societat actual.

Paraules Claus: Treball Social, Suïcidi, Dol, Acompanyament Familiar i Factors de Risc.

Abstract:

According to WHO in September 2019, one of the main risk factors in suicide is mental illness among young people and adults. This same study shows that suicide is not a problem of poor countries, but also occurs in countries with high purchasing power, it is extracted that it is a global phenomenon that has a global condition. In 2016, more than 79% of suicides occurred in low- and middle-income countries.

According to INE (2015) suicidal behaviour is a complex phenomenon that raises great concern in today's society, and is a serious public health problem, since it is ranked as the second cause of death in the age ranges of 15 to 29 and the first cause of violent death in seniors, over 60 years old.

In Catalonia around 500 people, according to INE (2018) of these, a small proportion are young and adolescent. Currently a major problem on a global scale.

The purpose of carrying out this work is to carry out an investigation based on suicide theories that speak of the needs that arise as a result of this traumatic event, for the survivors, from the perspective of accompanying the role of the social worker in Catalonia. Through prevention, detection, and intervention to see the lines of action that are carried out from the health Social Work. The purpose is to work towards the same goal: to help build lives worth living.

Thinking about death leads us to reflect on what the Health Social Work professional can contribute, proposing essential functions focused on change. The objectives of the research are guided by the protocols that currently exist, such as the suicide risk protocol (CRS) and the N'viu de Catalunya program and what is the role of the social worker in accompanying family members and the closest environment.

This research has used document review as a methodology and has consulted the following databases as main sources: Dialnet, Sage Journals, PubMed, PsycInfo and Medline. The criteria of the search have been the key words: Catalonia and projects in

the rest of Spain, suicidal behaviour, family accompaniment, social work, health boarding and bereavement.

In the face of the limited intervention of the Social Work in Mental Health Centers and the absence of Social Work in adult intervention, it leads me to rethink what Health Social Work can bring as a social professional, establishing essential functions to address this taboo phenomenon in certain cultures and so stigmatized in today's society.

Key words: Social Work, Suicide, Duel, Family Accompaniment and Risk Factor's

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a mi tutora Marta Ausona por el acompañamiento en este proceso de aprendizaje, por darme soporte en cada momento y ser tan accesible en este camino. Por facilitar la tarea a desempeñar con su experiencia profesional, con sus conocimientos y por guiarme con serenidad, paciencia y desde la concreción para la elaboración del trabajo.

También quiero dar las gracias a los trabajadores sociales que han colaborado en este trabajo y con los recursos que me han atendido con amabilidad facilitando documentación para poder realizar la investigación de profundización. Sin la colaboración de estos profesionales Y las entidades no hubiera sido lo mismo.

A mis amigos, a ese gran equipo de personas que son mi red y que cuento con su apoyo, paciencia para realizar todas las aventuras de la vida. Que están, que han estado en los peores momentos y que han estado, están y estarán en todas las risas que la vida me depare, a los cuales les he de decir que sin ellos no hubiera sido posible llegar hasta donde me encuentro hoy.

A mi familia, que siempre están, nos las cambiaría y a esas personas que se fueron demasiado pronto pero que me siguen guiando en la vida, gracias a sus enseñanzas.

A todos mis compañeros de la universidad, que me han apoyado en este proceso de aprendizaje, con los que he compartido tantas horas de estudios, con sus dificultades y con sus alegrías.

A todas estas personas gracias por estar, seguir estando y por acompañarme en este viaje llamado vida. Por aceptar mis inquietudes, las cuales me han hecho crecer como persona y han hecho que este trabajo sea una gran experiencia personal y profesional.

Marta Jiménez Díaz.

Índice

1. Introducción y justificación	13
1.1. Introducción	13
1.2. Justificación	15
2. Pregunta inicial y Objetivos	17
2.1. Pregunta Inicial:	18
2.2. Objetivos Generales:	18
2.2.1. Objetivos Específicos:	19
3. Metodología	19
4. Marco Teórico- Estado de la Cuestión	21
4.1. Marco conceptual y referencial	22
4.1.1. Evolución del concepto histórico de suicidio	22
4.1.2. El Concepto de Duelo	38
4.1.3. La relación del concepto de Salud y Trastorno Mental	39
4.1.4. Relación entre la salud Mental y el suicidio	47
4.2. Marco Jurídico	49
4.2.1. Legislación a nivel Estatal:	50
4.2.2. Legislación a nivel autonómico (CCAA-Cataluña)	53
5. Perspectiva y acompañamiento del suicidio desde el Trabajo Social	54
5.1. Deontología del Trabajo Social	54
5.2. Rol del Trabajado Social en el acompañamiento Familiar en el duelo por suicidio.	55
6. Análisis y discusión	66
6.1. Protocolos de riesgo por suicidio en Catalunya.	66

6.2. Asociaciones y Fundaciones que acompañan en el duelo por suicidio	74
7. Conclusiones	76
8. Bibliografía	80
9. Acrónimos (Glosario)	88

Índice de tablas

TABLA 1. <i>Principales modelos sobre la conducta suicida en el siglo XX- XXI. Fuente Tesis sobre el suicidio, Villar (2017).</i>	pp.27,28
Tabla 2. <i>Factores de riesgo de conducta suicida evaluados. Fuente de Swahn, 2012& Egget, 2007</i>	p.31
Tabla 3. <i>Defunciones según la causa de Muerte- suicidio por sexo y período. Fuente Instituto Nacional de Estadística (2021). Consultado el 10 de noviembre del 2020: http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=7947</i>	p.35
Tabla 4. <i>Defunciones según causa de muerte- suicidio por sexo y años. Fuentes INE (2021). Consultado el 10 de noviembre del 2020.</i>	p.36
Tabla 5. <i>El coste económico anual de los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas en España. Modificado de Parés Badell et al. (2014).</i>	pp.42,43
Tabla 6. <i>En qué países es legal la eutanasia. Fuente ticbeat 12 de febrero 2020.</i>	p.49
Tabla 7. <i>Ejemplo de país donde es legal solicitar morir (suiza). Plan de salud del gobierno de Suiza 2018</i>	p.50
Tabla 8. <i>Fases del proceso de duelo normal, Bowlby.J (1993). Font Altet y Boatas (2000)</i>	p.56
Tabla 9. <i>Fases del proceso de duelo normal de C.M. Porks (2000). Fuente Enríquez (2013)</i>	p.56

Índice de gráficos

Gráfica 1. <i>Proceso de elaboración del duelo KUBLER- ROSS, E (1969 ¿Acaso es justo lo contrario? (2015). Zone Mapa. Recuperado el 10 de mayo de 2021 en: https://zonemapa.wordpress.com/2015/01/28/acaso-es-justo-lo-contrario/</i>	p.61
Gráfica 2. <i>Tareas realizar familia por una pérdida, MCGOLDRICK (1988). Newby N (1996). Chronic illness and the family life-cycle. Journal of advanced nursing. Recuperado el 10 de mayo de 2021 en: https://www.semanticscholar.org/paper/Chronic-illness-and-the-family-life-cycle.Newby/cc2739ee4039a3323ff1772f2d21b41228dd9b6a</i>	p.62
Gráfico 3. <i>Algoritmo genérico para activar el SISCAT por CRS. Fuente CatSalut (2021)</i>	p.64
Gráfico 4. <i>CRS: Fases y procesos asistenciales del suicidio. Fuente Catsalut (2021)</i>	p.65
Gráfico 5. <i>Fase 1. Estructura del registro del paciente por tentativa de suicidio. Fuente CatSalut 2021</i>	p.66
Gráfico 6. <i>Fase 2 Nivel moderado del programa CRS. Fuente CatSalut 2021.</i>	p.67

Gráfico 7. Número de episodios de conducta suicida. Cataluña 2014.2020. Fuente ASPCAT 2021	p.68
Gráfico 8. Tareas para implementar en el CRS. Fuente CatSalut 2021	p.70
Gráfico 9. Aspecto que resolver en la atención hospitalaria en RSC. Fuente RSC 2021	p.71

Índice de ilustración

Ilustración 1. <i>Sociedad Empowerment</i> . Fuente Google	p.76
--	------

“Cuando el cuerpo se convierte en prisión, la muerte puede ser una liberación”



Dani Torrent. Ilustrador.

1. Introducción y justificación

1.1. Introducción

Teniendo en cuenta que he realizado las prácticas de T.S. en el Hospital Psiquiátrico de Martorell donde hay una relación de tres conceptos como es la salud mental, los intentos de suicidio y las medidas penales alternativas. Durante las practicas, muchos pacientes de los que se encuentran internados en el psiquiátrico tienen algún tipo de trastorno mental los cuales han llevado a cabo intentos de suicidios en diversas ocasiones y de esta población muchos de ellos cumplen una medida penal alternativa. Por este motivo, dentro de la prisión, estaban en el módulo de psiquiatría por intentos de suicidios y dado el espacio y el delito cometido tanto el centro penitenciario como el juez deciden el cambio de recurso para poder dar una mayor respuesta a la problemática de la persona.

El Itinerario escogido a lo largo del Grado de Trabajo Social ha sido el de Salud, la elaboración de dicho estudio pretende profundizar sobre el rol del/a trabajador/a social en el ámbito de la Salud y el acompañamiento hacia las familias que se encuentran en situación de elaboración de Duelo por suicidio. Debo mencionar que es un tema que todavía tiene un largo camino por recorrer a nivel Estatal y autonómico para poder dar una respuesta a los supervivientes que han vivido una experiencia como el suicidio.

Parto de la idea que si en la Comunidad Autónoma de Cataluña se hace un buen acompañamiento a las familias en duelo por suicidio, trabajando la parte social y no únicamente la clínica/ psicológica, este acompañamiento es válido como Intervención desde el Trabajo Social. Este acompañamiento ha de ser integral hacia el individuo, dando herramientas de aceptación de la nueva realidad y trabajando con la comunidad para poder eliminar el estigma y el tabú que supone la muerte por suicidio, para eso veremos una relación a nivel histórico sobre el concepto de suicidio en los siguientes apartados.

Tal y como veremos en el apartado siguiente, donde se enmarcan los datos estadísticos de las fuentes referenciales como el Ministerio de interior, el instituto de Estadística de Cataluña y la Organización Mundial de la Salud, se visibiliza que el suicidio es una muerte que no se prioriza como un problema de salud pública. El suicidio sigue siendo tabú para la sociedad y los medios de información por el

llamo efecto Werther, que en el apartado de justificación se especifica su significado y qué consecuencias tubo para la sociedad.

A pesar de las investigaciones y los nuevos conocimientos acerca de la problemática mundial como es el suicidio, persiste en la sociedad el tabú y el estigma alrededor de esta muerte violenta. Los familiares o la red social que son lo que se denominan “supervivientes” no buscan un apoyo profesional y en el caso que lo busquen, el sistema y los servicios de salud actuales no pueden dar una respuesta a esta necesidad, porque ellos no están dentro del circuito de Salud Mental.

La investigación llevará a razonar las diferentes teorías sobre el suicidio teniendo en cuenta diferentes fuentes de investigación y desde la vertiente de diversas disciplinas con autores, investigadores y técnicos expertos sin buscar una única causa como desencadenante del suicidio, ya que puede haber diversos factores que confluyan como los biológicos, sociales, psicológicos, enfermedades mentales, y antecedentes familiares como otro tipo de factores.

El objetivo principal es averiguar cómo interviene el trabajo social en la prevención, detección e intervención del acompañamiento en las personas “supervivientes” para la elaboración del proceso del duelo.

Seguidamente, hablaré sobre la planificación y elaboración de los apartados de mi trabajo. Es un trabajo que he elaborado de manera evolutiva. Primeramente, desarrollé un cronograma que me ha ayuda a marcar pequeños objetivos en la planificación de la investigación y que me ha facilitado una visión más amplia sobre que apartados quería hacer una mayor investigación y cuáles de estos apartados tienen relación entre sí mismos. Teniendo en cuenta este marco general que enmarca el cronograma pude extraer pautas a seguir para el cumplimiento de las metas propuestas para finalizar mi trabajo con éxito. Primero en la búsqueda general de la información, después seleccionar el material más específico para la profundización, hecho que me ha llevado a determinar apartados muy concretos de conocimientos sobre el suicidio para poder dar respuesta a la pregunta inicial y cuáles eran los objetivos planteados para la investigación.

Tal y como veremos en el siguiente punto, en la justificación, se concretan algunos datos de interés para esta investigación y posteriormente planteo la pregunta

inicial, con el objetivo general y los específicos los cuales se responderán en los apartados que forman la investigación sobre suicidio.

1.2. Justificación

Según datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas (2015) *Defunciones según causa de muerte*, la conducta suicida es un fenómeno complejo que genera una gran preocupación en la sociedad actual, y constituye un grave problema de salud pública, ya que se encuentra como la segunda causa de muerte en las franjas de edad de los 15 a los 29 años y la primera causa de muerte violenta en las personas de la tercera edad, de más de 60 años.

Según el estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014, el número de muertes anuales como consecuencia del suicidio superó la cifra de 800.000 personas en todo el mundo. En los dos estudios resaltan la franja de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, como la segunda causa principal de mortalidad.

Según la OMS en septiembre del 2019 uno de los principales factores de riesgo en el suicidio es la enfermedad mental entre los jóvenes y adultos. Este mismo estudio pone de relevancia que el suicidio no es un problema de los países pobres, sino que también se produce en los países con un poder adquisitivo alto, se extrae que se trata de un fenómeno global que tiene una afección a nivel mundial. En el año, en 2016, más del 79% de los suicidios se produjeron en países con ingresos bajos y medianos. Para que la respuesta a esta problemática mundial fuera eficaz sería necesario una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral. La OMS (2019) estimaba que para el año 2020 y basándose en las tendencias actuales, aproximadamente 1,53 millones de personas morirían por suicidio durante ese año, aunque no pudieron tener en cuenta la pandemia y aún no se han podido contabilizar estadísticamente los casos por suicidio por impacto de la Covid-19.

Según Berlote, J. M., Fleischmann, A.A. (2002) en *Global Perspective in the Epidemiology of Suicide. Suicidology* el suicidio representa un promedio de 1 fallecimiento violento cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos. Cabe destacar que, por cada suicidio cometido con resultado exitoso, se llevan a cabo

otros 20 que no se producen, pero tienen graves consecuencias como lesiones, hospitalizaciones y graves secuelas emocionales, tanto para la persona que lleva a cabo el acto como para su red familiar y de amigos. Teniendo en cuenta diferentes ámbitos y recursos, los datos aportados por el Consejo de Europa, en el año 2004, en Europa la tasa de suicidios en el ámbito penitenciario fue siete veces superior a la de la población general.

En el año 2017, tal y como indica las Estadísticas del Ministerio de Interior *mortalidad en instituciones penitenciarias*, un total de 27, con una tasa de incidencia de 0,79 por 1.000 internos, la mayoría hombres, superaron la tasa poblacional de suicidios del mismo año, que fue de 0,52 por 1.000 habitantes. En Cataluña, en el 2019 y basándome en los datos del Instituto de Estadística de Catalunya, el mismo año, hubo ocho casos de suicidio, con una tasa de incidencia de 0,96 por 1.000 internos, mientras que la tasa en la población general se situaba en 0,66 suicidios por 1.000 habitantes. En el contexto penitenciario, la prevalencia aumenta, es la causa de muerte individual más común dentro de las instituciones penitenciarias.

Teniendo en cuenta la elevada prevalencia, así como por el hecho de ser una decisión que toma el propio individuo, no es de extrañar que, últimamente, se hayan impulsado diferentes programas como: los centros penitenciarios con medidas preventivas de la conducta suicida (N'Viu) y el código de riesgo de suicidio del CatSalut que está en proceso de implementación. El Programa de intervención grupal psicoeducativa para personas con conducta suicida en el medio penitenciario (N'Viu), nace de la preocupación y de la problemática frecuente dentro de estos recursos y teniendo en cuenta las estadísticas de dichas instituciones.

La comunidad científica ha puesto en evidencia que se puede prevenir el suicidio mediante estrategias de promoción de la salud mental, de diagnóstico precoz, de tratamiento y de identificación de factores de riesgo y de los factores protectores, como sucede en Finlandia. Estas nuevas estrategias han de ser preventivas con la implicación de todos los agentes que llegan a intervenir con el entorno y con los miembros de la familia, con el objetivo de acompañar a los “supervivientes” en el momento de mayor vulnerabilidad. Para lograr dicho objetivo, se ha de poder hablar abiertamente del suicidio y luchar en contra del estigma que genera este tipo de muerte.

Cuando hablamos de supervivientes nos referimos a los familiares, allegados de las personas que tomaron la decisión de suicidarse, ya que han de volver a reconstruir sus vidas y volver a encontrar un futuro sin la presencia de la persona querida. Este término se refiere a, vivir después de un determinado suceso traumático. En el libro de Pérez, J.C. (2011), *La mirada del Suicida: el Enigma y el Estigma*, se expresa lo siguiente: “Superviviente es la otra víctima, no los que mueren...sino todas las personas a las que afecta para siempre la iniciativa del suicida” (p.94).

Hemos de tener en cuenta que en la actualidad sigue existiendo un tabú y un estigma en relación con el suicidio y a los supervivientes de este hecho. Los medios de comunicación y el sistema estructural de la sociedad siguen teniendo miedo del efecto Werther. El término Werther lo estableció el sociólogo David Phillips en 1974, es la llamada conducta imitativa que se produjo en 1774 debido a la novela, *Las penas del joven Werther*, de Johann Wolfgang von Goethe ([1774] (2019)) donde muchos jóvenes se suicidaron imitando al protagonista de la novela. En Italia, Alemania y Dinamarca llegaron a prohibir esta obra literaria.

Teniendo en cuenta que existe el término Werther, existe el término opuesto que se le denomina “efecto Papageno” el cual debe su nombre al personaje de, *La flauta mágica*, de Mozart. Es cuando el suicidio planificado lo evitan tres espíritus infantiles que le recuerdan las alternativas a la muerte, ilustra Gabriel González Ortiz, autor del libro, *Hablemos del suicidio* (2018). Cuando se habla del Efecto Papageno, se considera que es el trato responsable de una noticia con efectos preventivos sobre la conducta suicida. Los defensores del efecto Papageno proponen que se informe de casos en que se consiguió superar episodios de crisis suicida porque de este modo el efecto imitativo podría incidir beneficiosamente sobre la población.

2. Pregunta inicial y Objetivos

La finalidad de realizar este trabajo es llevar una investigación fundamentada en teorías del suicidio que hablen de las necesidades que surgen a raíz de este hecho traumático para los supervivientes, desde la perspectiva del acompañamiento con el profesional del ámbito social como es el trabajador/a social en Cataluña, mediante la prevención,

detección e intervención para ver las líneas de actuación que se realizan desde el TS sanitario.

En este trabajo se quiere dar respuesta, si se tiene en cuenta la parte social y comunitaria en el entorno familiar y comunitario de la persona que se suicida desde la perspectiva del Trabajo Social.

Seguidamente se plantea las preguntas iniciales, posteriormente se desarrollan los objetivos generales y por último se concretan los específicos para observar si la pregunta inicial tiene una respuesta.

2.1. Pregunta Inicial:

1. Teniendo en cuenta que desde el Sistema de Sanidad Pública de Cataluña se hace un acompañamiento a las familias en el duelo desde el enfoque clínico y farmacológico (psicológica y psiquiatría) ¿Se hace un acompañamiento por suicidio a las familias teniendo en cuenta la parte social y comunitaria de las personas?
2. Por tanto, ¿se puede considerar el acompañamiento a las familias en duelo desde el Sistema de Salud Público de Cataluña como una buena intervención desde el Trabajo Social?
3. Considerando los protocolos de prevención al suicidio y el acompañamiento profesional que reciben las personas con intentos de suicidio ¿se hace prevención del suicidio dentro del núcleo familiar y reciben acompañamiento profesional?

2.2. Objetivos Generales:

1. Valorar si hay protocolo en acompañamiento a las familias en caso de suicidio en la Comunidad autónoma de Cataluña.
2. Aportar conocimientos rigurosos para la intervención sobre la relación entre problemas de salud mental, el suicidio, los factores sociales y el acompañamiento desde los Servicios públicos.
3. Valorar si en los protocolos de prevención del suicidio, se recoge la intervención por parte de los profesionales del ámbito salud el trabajo con las familias en un intento de suicidio.

2.2.1. Objetivos Específicos:

- 1.1. Definir si en el protocolo de riesgo de suicidio y en el programa vive de Cataluña, están integrados los factores sociales y qué relación que tiene la salud mental.
- 2.1. Conocer la relación de ayuda por parte de la sanidad pública a las familias y su entorno en duelo por suicidio.
- 2.2. Saber qué tipo de asociaciones existen en Cataluña y España para las familias en duelo por suicidio.

3. Metodología

Para elaborar este trabajo, he utilizado una pregunta con un grado de concreción y es la siguiente: ¿Qué tipo de acompañamiento familiar reciben los supervivientes desde la figura del/la trabajador/a social? Con esta pregunta quiero dar respuesta, si más allá de un tratamiento farmacológico y clínico, los familiares y el entorno que han perdido a un ser querido con una muerte traumática reciben acompañamiento por algún profesional que abarque el ámbito social y que pueda ayudarles a elaborar estrategias para la reconstrucción individual en lo comunitario.

A partir de esta pregunta también formulo los objetivos generales y específicos para conocer y saber qué importancia se le da a la parte social de dicho entorno, que prevalencia existe de la problemática del suicidio y que plan de prevención existe a nivel Estatal (España) y a nivel Autonómico (Catalunya) para dar una respuesta a esta necesidad que actualmente existe en nuestra sociedad y que se sabe que es la segunda causa de mortalidad.

Además, en este apartado he de mencionar que el trabajo se compone de tres partes: una memoria escrita, un anexo y una cronología de los pasos que ido siguiendo. Es importante destacar que todas las partes tienen relación y hacen la suma total del trabajo final de grado.

A continuación, desglosare cada parte:

- I. En el caso de la memoria escrita he trabajado de una manera extensiva, realizando una recopilación documental a través de distintas fuentes para luego realizar un análisis cruzado de los textos. Esta parte es la que más tiempo requiere, para la escritura y creación de una estructura para dar respuesta a la pregunta inicial, el planteamiento de los objetivos y generar unas conclusiones de investigación.
- II. En el caso del anexo, se trata de una sección de recopilación de datos y otros documentos de interés. Me he basado en fuentes documentales como la literatura científica, artículos científicos y estadísticas para realizar el estudio del problema sobre el suicidio.
- III. En relación con el cronograma hay que decir que es la herramienta que me ha ayudado a organizar y mantener actualizada cada sección del trabajo. Esta herramienta ha generado que pueda definir el tema y hacer un plan de trabajo ajustado a cada tarea en el plazo establecido para realizar la entregas. En este mismo periodo iba recopilando la información imprescindible para la elaboración de la investigación con la búsqueda de fuentes como por ejemplos autores de literatura, de filosofía, el ámbito jurídico, poder hacer una elaboración de la evolución histórica del concepto suicidio, en las diferentes épocas de la sociedad y otros datos de interés para el desarrollo del trabajo.

A medida que iba avanzando en el proceso de investigación, encontraba las ideas claves que quería destacar y que bibliografía era la más adecuada como fuente documental. Aquí he de mencionar que hay mucha bibliografía que relaciona el concepto de suicidio con la salud mental, pero falta información y divulgación social sobre otras causas estructurales, ya que los artículos que he utilizado son reflexiones en periódicos como es el País o Directa, sobre noticias de sucesos relacionadas a la muerte por suicidio, pero no hay un estudio que avale o acredite estas reflexiones.

Es importante destacar que en la problemática del suicidio la relación que se hace es especialmente con la Salud Mental y no se vincula a otras causas estructurales de la sociedad, como son las socioeconómicas de las personas, o qué relación tienen las políticas actuales con la problemática del suicidio o los cambios vitales que una persona puede experimentar (perdida de trabajo, un aborto, un divorció o la perdida de la

vivienda), aunque a nivel antropológico y sociológico sí que hay una vinculación. Faltan estadísticas que relacionen dichas causas estructurales con estas muertes violenta, ja que en el caso de muertes por desahucios no hacen relación con el suicidio, sino que la relacionan con un trastorno mental por depresión mayor.

Cuando concreté cual era el enfoque para desarrollar el trabajo, inmediatamente pude establecer que el trabajo se basa en una metodología de investigación y de profundización. He trabajado con datos estadísticos como son el INE o IDESCAT, noticias extraídas de periódicos como el País, artículos científicos basada en Suicide, asociaciones, libros, documentales y protocolos de intervención, para así poder elaborar conclusiones, contrastando las diferentes fuentes divulgativas: teóricas, estadísticas y protocolos/ programas que se desarrollan en el marco teórico y que darán respuesta al estado de la cuestión. De esta manera se puede evidenciar la importancia que tendría un programa específico dentro de la sanidad pública, donde se diera respuesta a todas estas familias y a la red social que se queda en vida. Donde los supervivientes se encuentran con un sentimiento de soledad y estigmatizados por parte de la sociedad y sin un lugar donde acudir para tener ese acompañamiento profesional que les ayude a volver a conectar con la vida.

En esta investigación garantizo los criterios éticos, ya que la utilización de las fuentes externas para la citación es correcta, para que no haya plagio. Debido a que la búsqueda de información se ha consultado en las siguientes bases de datos como fuentes principales: INE, Dialnet, Sage Journals, PubMed, PsycInfo, Medline, Google académico, artículos y bibliografía científica basada en Suicide, Suicidology.

4. Marco Teórico- Estado de la Cuestión

Este apartado se divide, en dos grandes bloques. El primer bloque está dividido en subapartados donde se enmarcan los conceptos desde la significación más amplia hasta el más concreto para establecer el marco del cual partimos en la investigación. El segundo bloque será el Marco Jurídico que se divide en dos subgrupos, por una parte, centrada en la legislación estatal y posteriormente la legislación autonómica sobre el suicidio y la ayuda al suicidio.

Primeramente, encontramos una aclaración de conceptos básicos los cuales están relacionados con la investigación. Este apartado recoge el concepto de suicidio que se desglosa en: evolución del concepto histórico del suicidio donde se explica la historia del concepto en las diferentes épocas históricas, la relación desde la literatura y la filosofía, la prevalencia de esta muerte violenta, las estadísticas del suicidio. También se tratarán otros conceptos como: el duelo de los supervivientes, el concepto de salud con relación a los trastornos mentales y las características de este colectivo, qué relación existe entre el suicidio y la salud mental.

Seguidamente encontraremos el marco legal, que establece la legislación en relación con las medidas preventivas y en algunos casos hay programas específicos como: el *Código Riesgo Suicida: plan de implementación* (2015) a nivel estatal y autonómico y el *Proyecto N' Víu* (2021) a nivel autonómico.

4.1. Marco conceptual y referencial

4.1.1. Evolución del concepto histórico de suicidio

El suicidio es una palabra que, como define Emile Durkheim (1897) proviene del latín, *suicidium*, que significa: *sui* (auto) + *cidium* (matarse a sí mismo); es el acto de acabar con tu vida en un momento de impulso, donde la única salida que encuentras en tu vida es salir, morir y/o dejar de existir.

En la antigua Grecia el suicidio se presentaba como una forma de morir y utilizaban expresiones como “morir por la propia mano”, tal y como dice Cohen Agerst (2002). Estaba penalizado para los esclavos y soldados ya que estos pertenecían a sus amos y no eran dueños de sus vidas, tal y como define Juan Carlos Pérez Jiménez (2011). En Atenas, las personas que se suicidaban sin tener la aprobación del Estado no podían recibir los honores de un funeral. Los esclavos eran considerados esenciales para la agricultura y el mantenimiento de la sociedad. En el caso de los soldados, mostraba una debilidad del ejército y la persona de a pie con el suicidio hacía que el estado no pudiera cobrarle impuestos. Esto hacía en el caso de las personas que no tenían el permiso del estado que a los familiares se les denegara la posibilidad de percibir la herencia que existía por derecho, tal y como dice Pérez Jiménez (2011).

En la antigua Roma, inicialmente el suicidio estaba permitido, pero posteriormente era juzgado como crimen contra el Estado debido al alto coste económico para este.

En la Europa Cristiana se le asocia con la expresión “morir con violencia auto infligida” tal y como se recoge en el libro de Cohen (2002). El hecho de suicidarse era estigmatizado como un pecado y condenado como una obra de satanás, además la persona que se suicidaba era excomulgada, por ese motivo no se le enterraba en “campos santos” que eran los cementerios de las iglesias.

Poco más tarde es Baumeister (1990) quién elabora la teoría "de escapo" del suicidio, entendiendo la teoría como un fenómeno de las personas como un intento para escapar de la conciencia de uno mismo, desapegarse de su yo más profundo con la necesidad de escapar de sus pensamientos más dolorosos.

Considera el suicidio como un escape del Yo. Según Baumeister (1990), hay seis pasos que conducen al suicidio y si alguno de ellos no pasa, no se producirá el suicidio; pero si los seis están presentes intentar evitar un suicidio es imposible. Describe los pasos como los siguientes:

1. Un fracaso, un desengaño cuando no se cumplen las expectativas.
2. Atribuciones internas: uno se culpa a sí mismo del fracaso. Si uno culpa a sucesos externos del fracaso, uno no se suicida. También señala Baumeister (1990) que una autoestima baja crónica no es el mayor factor de riesgo.
3. Un estado aversivo de autoconciencia. Uno se ve a sí mismo como no atractivo, incompetente, malo y culpable. Pero la esencia de este estado es la comparación de un mismo con los estándares sociales establecidos.
4. Un afecto negativo, un malestar emocional. Lo suicida que percibe que pasa algo malo con él experimenta ansiedad, depresión, culpa y vergüenza.

El Yo se percibe como negativo, surge un gran malestar y el sujeto el que busca es el olvido, la pérdida de la conciencia. Para lo cual explica que solo hay tres caminos: las drogas, el sueño o la muerte, siente la muerte, la gran anestesia de la natura, la más definitiva.

5. Deconstrucción cognitiva. El suicida intenta escapar huyendo hacia un estado de letargo por medio de una deconstrucción cognitiva. También hay evidencia que no pueden pensar bien sobre el futuro.

6. Desinhibición. La mayoría de la gente tiene una inhibición y miedo a hacerse daño a un mismo. También es verdad que en esta última fase muchos suicidas recurren al alcohol u otras drogas para favorecer esta desinhibición.

Durante el Renacimiento, la manera de posicionarse contra el suicidio cambio de paradigma por parte de algunos pensadores. El *Biathanatos* de John Donne (1992 [1608]) en su obra dice “no es contrario a las leyes de la naturaleza, la razón o Dios” (pp. 293-295). Además, señala la falta de condena al suicidio de figuras bíblicas e incluso presenta algunas circunstancias en las que «la razón recomienda el suicidio».

En la época de Ilustración, la sociedad empieza a cuestionar las actitudes tradicionales de la religión en contra el suicidio y pone de manifiesto una visión más moderna sobre el suicidio. David Hume negó que el suicidio fuera un crimen ya que no afecta a ninguna persona y era, potencialmente, para beneficio del individuo. En sus *Ensayos sobre el Suicidio y la Inmortalidad del Alma* ([1777]), Hume escribe “Un hombre que se retira de la vida no hace daño alguno a la sociedad; lo único que hace es dejar de producirle bien. Y si esto es una ofensa, es, ciertamente, de la más modesta especie” (Alianza 1988).

En el siglo XIX, en Europa el suicidio cambió de nuevo de paradigma, es decir, era considerado a un pecado a catalogarse que el suicidio estaba provocado por la locura. A mediados del siglo XX, el suicidio es una problemática mundial que se ha descriminalizado en la mayor parte de los países occidentales.

La visión del suicidio está influenciada por diferentes temas como la religión, el honor y el sentido de la vida. Tradicionalmente las religiones brahmánicas lo consideran un pecado, debido a su creencia en la santidad de la vida. Durante la era de los samuráis en Japón, el harakiri era respetado como una manera de resarcir un fracaso o como una forma de protesta.

Algunas estadísticas señalan que las tasas de suicidio son más altas en el ateísmo y el factor protector de la religiosidad ya fue detectado por el sociólogo Durkheim (1897) y publicado su obra *El suicidio*. La obra de Durkheim, se basa en un estudio que establece un marco precedente en relación con los tipos de suicidio de acuerdo con las causas que lo provocaban. Este estudio fue pionero en la investigación social y sirvió para distinguir las ciencias sociales, este mismo estudio concluye que si la persona tiene una mayor integración social y permanece conectada con la sociedad es menos probable que se produzca el suicidio.

El estudio de Durkheim (1897) dibujó cuatro tipos que son:

1. **El suicidio altruista**, es un tipo de suicidio donde casi no hay autoestima, ego o importancia de la persona y es para movilizar una causa pensada para el bien común de la sociedad. Tiene tres subtipos donde se pueden observar las diferencias entre ellos y sus peculiaridades.

1.1. **Obligatorio**: causado por baja autoestima; pero también implica problemas personales. Generalmente afecta a los ancianos o enfermos sin solución posible, la persona no quiere representar una carga.

1.2. **Opcional**: la persona siente que ya ha cumplido todo lo que tenía que hacer en la vida y siente que tiene que irse, no hay ningún objetivo más a realizar en vida.

1.3. **Agudo**: la persona toma su propia vida por placer, es decir, la persona decide quitarse la vida para obtener el deseo de una vida mejor. Este tipo de suicidios implican actos de autoinmolación, que, en ocasiones, son recibidas como una respuesta heroica: son acciones suicidas en una guerra, o con un fin superior, en algunos casos para luchar por una determinación política o religiosa. Durante los siglos XX y XXI, el suicidio mediante inmolación fue utilizado en algunas ocasiones a manera de protesta, mientras que los ataques suicidas, como el kamikaze, han sido empleados como una técnica militar y terrorista

2. Suicidio egoísta: se comete cuando una persona es muy individualista, las personas no están muy integradas en la sociedad, tienen un sentimiento de no pertenencia a la sociedad en la que viven. Las personas están integradas en la sociedad por los lazos afectivos que desarrollamos familia, en el trabajo y en la

comunidad. Se puede conectar actualmente a cuando estos vínculos se van perdiendo por fallecimientos, jubilación y aumenta la posibilidad de suicidio. Las personas en franjas de edad superior a los 65 años tienen una mayor probabilidad para poder llegar a cabo un suicidio egoísta, tal y como se puede interpretar en las Estadísticas del INE (2018).

3. Suicidio anómico: ocurren cuando la persona pierde el orden social y el sentido que tenía su vida anterior a la experiencia trascendental, lo cual lo cambia todo, esto puede desencadenar actos impulsivos, ya que la persona no se ubica en la nueva situación a vivir. Algunos estas vivencias podrían ser: divorcio, la muerte de una persona cercana. Este tipo de suicidio está muy relacionado con las causas estructurales de una sociedad ya que la integración social para la sociedad se vincula al estatus que puede darte un trabajo, un poder económico que te permita bienes materiales, el estatus que te puede dar una relación sentimental. Todas estas causas dan un sentido de pertenencia a la persona que facilitan la integración social, a medida que estos aspectos se van truncando la integración y sentido de pertenencia va disminuyendo y por lo tanto aumenta el riesgo de suicidio.

4. Suicidio fatalista: Es un subtipo de suicidio totalmente opuesto a los criterios de suicidio por anomia; y que en este caso el individuo se siente reprimido necesita más libertad y cree que así es como puede reclamarla. La regulación social que siente y que percibe, le provoca una negación del yo y necesita sentir una mayor libertad que puede ser a través del suicidio.

Blanca Sarro y Cristina de la Cruz (1984) hacen un estudio de las conductas suicidas y extraen la siguiente conclusión:

Los actos suicidas son estadios de un proceso complejo y dinámico en el cual los factores individuales, biológicos y psicológicos interactúan con los sociales, formando una relación entre lo intrapersonal y lo interpersonal en la cual a veces predominan los factores externos y otras los internos (p. 6).

Tal y como dicen estas autoras, el punto de llegar a la auto muerte puede ser causado por diferentes causas y no las relaciones únicamente con los factores psicológicos. Hay

otras variables que se han de tener en cuenta como la franja de edad y en la época ya que esta ha ido evolucionando como he explicado anteriormente.

Dos años más tarde, la psiquiatra Rosenthal y Rosenthal (1984) dice: “Demostraron tendencias suicidas en los niños de dos años y medio y de tres, los cuales habían verbalizado su intención de matarse y habían intentado saltar desde lugares altos, habían ingerido tóxicos, e incluso habían intentado colgarse” (p.7), tal y como se recoge en *L'intent de suïcidi en el nen i l'adolescent* (1986). Estos datos sugieren que la conducta suicida puede aparecer en cualquier edad y en cualquier nivel de desarrollo tal y como se recoge en *El estudio de la personalidad* (p. 7).

Otros autores de novelas, como por ejemplo Jensen (1958), describen la fantasía de los suicidios:

(...) quién atenta contra su vida expresa un fuerte deseo de vivir. Cree que lo suicida da avisos más o menos claros de sus intenciones, y quienes tiene que rescatarlo es elegido de entre aquellos que tienen la capacidad de empatizar con el suicida (...) Y el rescatador debe tener un sobrante de energía libidinal libre con la cual pueda estimular al suicida y emprender el rescate (p.32).

El autor Abadí escribe la obra: *El suicidio, enfoque psicoanalítico* (1973) y las principales fantasías que plantea son:

(...) el suicidio como fantasía de agresión, el suicidio como fantasía de auto castigo y el suicidio como fantasía del retorno al sí materno. Las secundarias podrían ser: la burla, la salida desesperada, la fuga de la realidad. (p.15)

O'Connor (2011) en la teoría integral Motivational-Volitional Modelo, pone de manifiesto que el suicidio se caracteriza por una interacción biológica, psicológica y medioambiental, dividiendo en diferentes fases la evolución del pensamiento:

- Una fase pre-motivacional, en que los factores de vulnerabilidad biopsicosociales y los acontecimientos desencadenantes (incluida la adversidad de la vida temprana, pobreza y rasgos como el perfeccionismo socialmente prescrito) son las causas del desarrollo de pensamientos suicida.

- Una fase de motivación, que describe cómo y por qué puede surgir una ideación suicida.

- Una etapa “volitiva”, que marca la transición de los pensamientos suicidas al comportamiento suicida y a llevar a cabo la acción.

Una premisa clave de la teoría es la idea que la pérdida y la sensación de prisión el son los elementos primarios de la ideación suicida y, por lo tanto, básicos en la etapa de motivación y etapa intermedia de este modelo.

Modelos	Autor/año	Conceptos básicos
Sociólogo	Durkheim (1951)	Destaca el aislamiento social.
Psicoanalista	Freud (1922)	Pulsión de la muerte (Thanatos) y pulsión de la vida (eros) en constante conflicto.
Psicólogo	Baumeister (1990)	Suicidio como la acción de “escapar” de un estado mental en conflicto, con dolor.
Biólogo	Fawcett (1997)	Modelo clínico
Mixtos	Kraepelin (19856)	La conducta suicida como una de las categorías de la conducta de la melancolía /tristeza (relación de ideas suicidas con la emoción.)

Tabla 1. Principales modelos sobre la conducta suicida en el siglo XX- XXI. Fuente Tesis sobre el suicidio. Villar (2017).

4.1.1.1. Factores de Riesgo i Factores de Protección

Tal y como la OMS (2014) recoge en el documento de Prevención del Suicidio, a lo largo de las décadas ha aumentado el conocimiento sobre el comportamiento suicida. En las investigaciones, se han ido mostrando la importancia de la interacción entre los factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas. Al mismo tiempo, la epidemiología ha ayudado a identificar muchos factores de riesgo y de protección frente al suicidio tanto en la población general como en los grupos vulnerables. También se ha observado variabilidad cultural en

cuanto al riesgo de suicidio, y la cultura puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas o proteger contra estos.

En noviembre de 1986 tuvo lugar en Ottawa, Canadá, la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. En este evento, se redactó la Carta de Ottawa, un documento con el objetivo de contribuir a la construcción de políticas de salud. (Carvalho, 2004, pp. 1088-1095). En la Carta de Ottawa, la promoción de la salud fue conceptualizada como un proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluida una mayor participación en el control de este proceso. Para lograr un estado de completo bienestar físico, mental y social, las personas y los grupos deben poder identificar las aspiraciones, satisfacer las necesidades y controlar los determinantes de su salud y equidad. (Carvalho, 2004, págs. 1088-1095).

Además, como estamos trabajando un fenómeno multicausal, tenemos la posibilidad de resaltar importantes problemas sociales como el estigma, el acoso escolar, la violencia de género y el desempleo, entre otros. Juntamente con la comprensión y abordaje de la causa de esta experiencia extrema de sufrimiento, tenemos la posibilidad de observar grandes enseñanzas en el acompañamiento a las familias. Por lo tanto, disponemos de la posibilidad de crear un instrumento de gran valor para la prevención primaria del suicidio.

Tal y como menciona la OMS (2014), entre los factores que influyen el suicidio, se encuentran las causas sociales, como puede ser encontrarse en situación de desempleo, las presiones sociales y padecer de depresión, esta última estaría relacionado con la salud mental tal y como lo determinan los diferentes estudios mencionados anteriormente.

Poder identificar los factores que aumentan o reducen el nivel de riesgo delante del suicida es importante, ya que estos guardan relación con la conducta suicida. El nivel de riesgo aumenta de forma proporcional según el número de factores presentes. Existen diversos factores que aumentan el riesgo de suicidio tal y como se recoge en Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012).

Seguidamente desglosaré los factores que según esta guía pueden influenciar a las personas para suicidarse:

1. Factores de riesgo individuales:

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

2. Factores de riesgo: familiares y contextuales:

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

3. Otros factores de riesgo:

- Historia de maltrato físico o abuso sexual.
- Acoso por parte de iguales.
- Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos.

Teniendo en cuentas estos factores, hemos de pensar que las emociones pueden influir en la conducta suicida si la persona se siente presa de esa emoción, pero hay otros muchos factores externos que inciden en la conducta de las personas que deciden suicidarse. No es un acto interpersonal, sino que hay un trabajo de prevención a nivel comunitario que ha de incidir en todas las causas externas y estructurales que lleva a muchas personas a quitarse la vida.

Por último, hablaremos de factores de Protección o factores asociados a un riesgo menor al suicidio basándonos en Risk and protective factors (2014.):

- Tener habilidades sociales que permitan que la persona está integrada dentro de la familia, tenga una red social que pueda acompañarlo.
- Las creencias, la práctica religiosa y la espiritualidad.
- Poseer confianza y seguridad en uno mismo. Tener una correcta autoestima, que la persona se sienta útil y valorada, es un factor importante.

- El tener un entorno estable, como puede ser una relación de pareja, estar embarazada, y tener hijos pequeños en el hogar también son factores protectores, aunque, la presencia de los niños pequeños se asocia con un mayor riesgo de primera aparición de ideación suicida.

Swahn & Eggert (2007) remarcan la importancia de una buena comunicación con los miembros de la familia y la participación en las actividades familiares. Disponer de un ambiente familiar, de amistad y escolar de comprensión y apoyo. Establecen como principales, diferentes factores de riesgo de conducta suicida evaluados:

FACTORS DE RISC	DETONANTS
Determinants socio - econòmics	Familiar Individual (sexe, orientació sexual, ètnia) Barri o districte Escola
Factors acadèmics	Fracàs escolar Absentisme escolar Estrès acadèmic Baixa motivació escolar
Víctimes de violència interpersonal	Maltractament infantil Bullying / Cyberbullying Violència de parella Violència al carrer
Antecedents familiars	Trastorns mentals Abús d'alcohol o substàncies Conductes suïcides Mort d'algun pare
Antecedents personals	Trastorns mentals Conductes suïcides Conductes autolesives

Tabla 2. Factores de riesgo de conducta suicida evaluados. Fuente de Swahn, 2012& Eggert, 2007

En la adolescencia e infancia, los niños se suicidan más que las niñas. Los niños utilizan métodos más violentos, mientras que las niñas utilizan principalmente fármacos.

Cyrulnik (2014) aborda la comparativa entre sexos niño - niña explicando que:

- Los niños se suicidan más que las niñas a nivel global.
- Los chicos lo hacen con armas de fuego o estrangulamiento, las chicas con pastillas.
- En estos países en concretos: Asia Central, Noruega, Eslovenia y Tayikistán. En América del Sur: Colombia, Ecuador, Salvador, Nicaragua, Puerto Rico y Trinidad; las niñas se suicidan más.

- Sobre todo, Asia quién se tiene el mayor índice en muertes violentas, en China, Hong Kong y Corea.
- Los chicos blancos se suiciden más que los de color. "la tabla sobre la responsabilización. La desresponsabilización, provoca una especie de "empobrecimiento existencial. Las políticas relacionadas con la salud en los últimos años han tenido recortes económicos, como consecuencia se han eliminado Áreas sanitarias y se ha privatizado la actividad asistencial de una parte de la red, esto ha facilitado la desresponsabilización de los dispositivos asistenciales de los pacientes más graves

La OMS (2019), especifica que uno de los ítems para dar una respuesta eficaz en la conducta suicida es la identificación de los factores asociados y otro sería la puesta en marcha de acciones y estrategias para la prevención del suicidio basándose en las evidencias científicas.

No hay ningún estudio, ni protocolos ni programas que establezcan un acompañamiento a las familias en duelo por suicidio. Los dos protocolos utilizados (RSC, N'Viu), como marco referencial, tampoco recogen el acompañamiento a las familias por parte de un profesional en los intentos de suicidio, es decir en ambos casos no hay establecido un acompañamiento ni a los familiares ni a su entorno. Todos hablan de la prevención ante la conducta suicida de la persona que lleva acabo la intención de suicidarse, pero la sociedad ni las instituciones públicas dan respuesta a la necesidad que surge una vez se ha llevado a cabo quitarse la vida, es decir, se vuelve a desamparar al entorno y no se acompaña a los familiares.

4.1.1.2. Prevalencia del suicidio

Cuando investigamos sobre datos estadísticos sobre el suicidio y los intentos de suicidio, la calidad de estos es insuficientes. Según la OMS, en su publicación de 2014 *Prevención del Suicidio un Imperativo Global*, sólo 80 Estados miembros disponían de datos registrados de buena calidad para estimar las tasas de suicidios. Este hecho no es exclusivo del suicidio, pero es una problemática con mayor sensibilidad, que topa con

la ilegalidad de dicha conducta en algunos países, el estigma social que el suicidio representa y la catalogación errónea de la muerte suicida.

Las estrategias eficaces de prevención del suicidio requieren de un mayor conocimiento de los patrones de suicidio y los cambios en las tasas, características y métodos de realización, esto pone de manifiesto la necesidad de que cada país integre los datos sobre suicidios. El concepto integrar se refiere que se unifiquen los datos del registro civil por suicidio, los registros hospitalarios e intentos de suicidios y los datos a escala nacional para poder recopilar un mayor número de datos posible sobre dicha problemática.

Según la OMS, en la publicación de 2014 *Prevención del Suicidio un Imperativo Global* en el año 2012 se registraron 804 000 muertes por suicidio. Los datos son 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Los datos del suicidio no son exactos ya que en muchos países esta muerte es ilegal y no hay constancia de muertes por suicidios. En otros países hay muertes por suicidios que no están catalogadas como tal y que se cuentan muertes por accidentes u otras causas. En otros países el registro no es del todo fiable y los registros no tienen correlación con las muertes por suicidio.

A nivel mundial los datos sobre el suicidio, según la OMS (2014) representan en hombres el 50% que llevan a cabo con éxito el suicidio con técnicas muy violentas y un 71% en mujeres son intentos de autolisis ya que los métodos utilizados son menos violentos, estos datos demuestran que las mujeres hacen más intentos de suicidio, pero no consiguen el fin perseguido que es el suicidio. En relación con la edad, la tasa de suicidio es más elevada en personas de 70 años, colectivo vejez, en casi todas las regiones del mundo.

Las cifras de suicidio en prisiones entre los diferentes países son discordantes, en Francia la tasa de suicidio está en 179 por cada 100.000 reclusos, en Estados Unidos las tasas en prisiones son de un 41 por 100.000 reclusos.

Según Hawton L (2014. p 383) el riesgo de suicidio en hombres dentro de los centros penitenciarios es de 3 a 6 veces mayor en comparación con la población general. En

relación con las mujeres el riesgo es más elevado por intentos de autolesiones sin llegar al suicidio.

Según los últimos datos del INE (2018) en España murieron por suicidio 3539 personas, de las cuales 33 fueron por suicidio en las prisiones españolas y 9 en las prisiones catalanas (IDESCAT 2018).

Teniendo en cuenta los datos, se observa la necesidad de implementación de programas de prevención de suicidios, pero también la necesidad de dar respuesta para todas aquellas personas/familias que han perdido un ser querido y que se le comunica el hecho, pero en ningún caso hay un programa para el acompañamiento por duelo suicida.

4.1.1.3. Estadísticas de la población sobre muerte por suicidio en España y Cataluña:

Según el INE (2020), en el año 2012 en las estadísticas por muertes se recoge que faltan datos catalogados sobre las causas del suicidio. Aunque de los datos que obtienen sacan la misma conclusión que es la primera causa de muerte violenta en España por delante de los accidentes de tráfico. En el año 2013 se alcanzó la cifra de 3.145 suicidios en España.

Desde el año 2008, y debido al descenso de las muertes en carretera, el suicidio ha pasado a constituir la primera causa de muerte violenta -o externa- en España, por delante de los accidentes de tráfico. De acuerdo con los datos publicados por el INE en enero de 2014, la cifra de suicidios en España creció en 2012 un 11,3% sobre la del año previo, siendo la mayor registrada en el país desde 2004. Las muertes por suicidio han aumentado un 9,8% en 2019.

Suicidios por desahucio en España se refiere al suicidio de ciudadanos españoles como consecuencia directa o indirecta de un desahucio o ejecución de hipoteca por impago de la hipoteca o alquiler, a menudo con miembros familiares. Según estadísticas del primer trimestre de 2012, cada día 517 desahucios tuvieron lugar en España; había 101.034 desahucios en total en 2012,67. Según datos de la organización Stop

Desahucios, donde no se han encontrado estudios ni investigaciones independientes que respalden los datos, un 34% de los suicidios es resultado en España de desahucios.

En muchas ocasiones, la relación entre el desahucio y el suicidio no es visible, y en la mayoría de los suicidios, existe una compleja y difícil situación personal, pero eso no significa que detrás haya un trastorno de Salud Mental. Otros muchos suicidios que se producen en relación con los desahucios no están contabilizados, por ese motivo es difícil establecer una estadística real por parte del Instituto Nacional de Estadística ya que no puede analizar los datos reales.

Según datos del INE (2021) por año:

	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Total	3.539	3.679	3.569	3.602	3.910	3.870	3.539	3.180	3.158	3.429	3.457	3.263	3.246	3.399	3.507	3.478	3.371	3.189	3.393
Hombres	2.619	2.718	2.662	2.680	2.938	2.911	2.724	2.435	2.468	2.666	2.676	2.463	2.512	2.570	2.651	2.650	2.254	2.430	2.574
Mujeres	920	961	907	922	972	959	815	745	690	763	781	800	734	829	856	828	817	759	819

Tabla 3. Defunciones según la causa de Muerte- suicidio por sexo y período. Fuente Instituto Nacional de Estadística (2021)

Como se puede observar en la tabla los hombres son los que llevan a cabo un mayor número de suicidios versus las mujeres. A través de las lecturas la extracción que se puede hacer es que los hombres utilizan métodos más violentos en estas muertes para que concluyan con éxito. Otro de los aspectos a destacar es que desde los años 2008 hasta el 2014, periodo de crisis económica a nivel Estatal, hay un aumento de casos por muertes por suicidio, hecho que refuta las causas estructurales que hemos mencionado con anterioridad.

Según los datos del INE (2021), en el 2018 el porcentaje de suicidios entre hombre y mujeres y por franjas de edad es la siguiente:

Tramo de edad (años)	Menores de 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 a 89	90 a 94	Mayores de 95
Suicidios de hombres	4	52	68	83	133	176	236	298	280	275	196	164	160	129	167	134	56	8
Suicidios de mujeres	3	18	22	25	33	54	79	95	97	106	77	75	70	44	61	41	17	3
Relación (hbs/muj)	1,33	2,88	3,09	3,32	4,03	3,25	2,98	3,13	2,88	2,59	2,54	2,18	2,28	2,93	2,73	3,26	3,29	2,66

Tabla 4. Defunciones según causa de muerte- suicidio por sexo y años. Fuentes INE (2021)

En el mundo occidental, la tasa de mortalidad por suicidio en los hombres es cuatro veces más que las mujeres. En las investigaciones se especifica que las mujeres lo intentan cuatro veces más que los hombres. Esto se atribuye que los hombres utilizan técnicas más letales. Esta diferencia de cifras se observa en personas de más de 65 años en adelante. Como dato a destacar en China el índice de suicidio femenino es el más alto del mundo, superando la cifra en hombres.

En el contexto penitenciario, tal y como se extraer del proyecto N'Viu de CEJFE (2021), la prevalencia aumenta y es la causa más común dentro de las instituciones penitenciarias. Según los datos por el Consejo de Europa (INE 2020), en el año 2004, la tasa de suicidios en este ámbito fue siete veces superior a la población general. En el Estado español, las muertes como causa de suicidio en centros penitenciarios en el 2017 fueron un total de 27, con una tasa de incidencia de 0.79 por 1.000 internos, mayoritariamente hombres (INE 2021). En Cataluña, el mismo año hubo 8 casos de suicidio, con una tasa de incidencia de 0.96 por 1.000 internos, mientras que la tasa en la población general se sitúa en 0.66 suicidios por 1.000 habitantes (INE 2021).

Sabiendo la prevalencia existente sobre la muerte por suicidio, como el hecho de que la decisión es del propio individuo, por lo tanto, podríamos matizar que, si se detecta y se interviene a tiempo muertes evitables, por este motivo se han impulsado diferentes Programas (*N' Viu o CRS*) y medidas para prevenir la conducta suicida.

4.1.2. El Concepto de Duelo

El duelo por suicidio tiene una serie de aspectos muy característicos que otros duelos no tienen. Estos aspectos que diferencian el duelo son: la muerte es auto infligida hecho que puede ser inexplicable para la persona “superviviente”, es repentina y/o inesperada. Estas muertes en el entorno generan alteraciones en las emociones, de pensamientos de comportamientos y físicas para el entorno y la sociedad.

El duelo se podría definir como un conjunto de procesos psíquicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, que experimentan las personas con la pérdida de personas, objetos o situaciones de pérdida. Es decir que el duelo es una respuesta desde la emoción a la pérdida de alguna cosa o persona, tal y como se recoge en el *Diccionario Práctico del Trabajo social* (2013).

Según Areondo (2013) la intensidad del duelo viene condicionada por:

1. Lo irreversible de la pérdida, la angustia por la separación, las circunstancias de la muerte y la percepción del que sufre los efectos a largo plazo creados por la pérdida.
2. Elaborar un duelo es el proceso necesario que ha de experimentar una persona para conseguir la integración de la pérdida dentro del propio proceso vital, aunque la pérdida haya sido inesperada y repentina.

En la elaboración del duelo hay que distinguir entre:

- El duelo del cuerpo que se concreta en frases y pensamientos como: “no lo volveré a ver”, “no volveré a escuchar su voz”, “a tener su presencia a mi lado”, “no volveremos a compartir ningún momento”. En este punto el superviviente ha de aceptar el hecho del suicidio ha provocado la muerte de un ser querido y que cualquier momento de la vida diaria que pudiera compartir con él/ ella no se producirá de nuevo.
- El duelo del ambiente emocional relacionado con la persona, “lo que perdí”: el cariño, oportunidades, la guía, el amor, la protección, toda la parte emocional que la persona aportaba a sus seres queridos.

Si este duelo no se elabora, es decir, la persona no acepta este suceso como experiencia vital, podemos hablar de un duelo bloqueado. Es una energía que se queda parada, no puede avanzar. En todos los procesos de duelo se activa de forma inconscientes los mecanismos de protección psíquica con el que cuenta el ser humano ya que es una cuestión de supervivencia.

La elaboración del duelo no solo se activa ante la muerte de un ser querido, se activa ante cualquier pérdida, real o simbólica, que supera nuestro límite tolerable al estrés y su elaboración puede necesitar hasta un máximo de 2 años, según Elster (2001).

Depende de muchos factores, tal y como menciona Elster (2001), pero lo “natural” es que la persona, a nivel consciente, vaya elaborando la pérdida, pasando por todas las etapas del duelo hasta la última, dichas etapas se explican posteriormente en el acompañamiento por parte del profesional. Muchas veces, no es tan simple ni tan sencillo. Sobre todo, si hablamos de la pérdida de un hijo, de un padre o madre, de una marido o esposa, de un hermano, de un niño. A veces a nivel inconsciente, llevamos la memoria del duelo de alguien de nuestra familia. Los duelos se elaboran, pero siempre están activos en la psique de la persona en un tanto por ciento. Se ha de aprender a vivir con ese duelo y avanzar en la vida con un menor estrés por la experiencia vivida.

La elaboración de un duelo es un trabajo personal, aunque a posterior se ha de hacer un trabajo preventivo con la sociedad para trabajar con las emociones individuales y que cada miembro de la sociedad pueda sostener un dialogo desde el respeto y sin estigmatizar una muerte por suicidio.

4.1.3. La relación del concepto de Salud y Trastorno Mental

En este apartado se define el concepto de salud, posteriormente se verá la definición de trastorno mental y la concreción del trastorno mental grave o severo, ya que como he ido mencionando en los apartados anteriores y en la prevalencia, los datos y los estudios hacen una relación muy estrecha entre suicidio y salud mental. Por este motivo hay un apartado exclusivo sobre salud, salud mental y la relación que existe con el suicidio.

Esta definición se extrae del CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10 edición española 2018):

Aunque trastorno no es un término preciso, se usa para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar

o interfieren con la actividad del individuo. Los trastornos mentales definidos en la CIE-10 no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos en ausencia de trastornos individuales (p.29)

Para acabar de entender mejor este concepto utilizaremos la definición de la APA (edición española DSM-5, 2014):

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Los comportamientos socialmente anómalos (ya sea políticos, religiosos o sexuales) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales, salvo que la anomalía o el conflicto se deba a una disfunción del individuo como las descritas anteriormente (p. 20)

Tal y como se recoge en la cita, un trastorno mental es la alteración de las psiquis de la persona, pero están asociados a situaciones sociales como la parte laboral, económica y los entornos de relación interpersonal. Estos comportamientos alterados pueden estar dentro de lo establecido como “normal” por la sociedad o pueden ser comportamientos que el entorno no pueda entender o aceptar como un comportamiento dentro de lo normal para esa persona, como puede ser un duelo superior a los dos años, tal y como establecen el DSM-5 o el CIE-10. Dentro de los trastornos mentales, se distinguen los trastornos mentales graves o severos, y será en estos en los que se centrará el presente estudio de revisión.

Siguiendo la definición dada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002) podemos definir TMG como aquel trastorno mental de duración prolongada, entendiendo que el tiempo mínimo de evolución del trastorno ha de ser de al menos un año desde el diagnóstico de éste, o bien el transcurso de dos años, o más, desde la aparición de los síntomas del trastorno y que conlleva un grado variable de discapacidad

y disfunción social. Con este criterio se pretende descartar todos aquellos trastornos que debido a su corto periodo de evolución aún no tienen un diagnóstico claro.

La dificultad en el diagnóstico y la falta de intervención hace que la persona que sufre un TMS probablemente evolucione hacia un deterioro y cronicidad de sus aspectos cognitivos, físicos y relacionales. Así pues, la persona que tiende hacia el aislamiento social necesitará de un abanico de servicios, programas sociales y sanitarios que atiendan sus necesidades a lo largo de su vida.

Durante mucho tiempo, el único campo teórico y práctico que abarcaba la comprensión del suicidio fue la salud mental, con todo, las relaciones estadísticas entre la salud mental y el suicidio pueden sugerir que esta sería una explicación plausible para el número de muertes voluntarias en este público:

La proporción de suicidio consumado asociado a trastorno mental es alrededor del 80-90% (depresión, esquizofrenia, trastornos de personalidad, síndromes drogodependientes, alcoholismo). (Pareja, 2015.p.52).

O como se afirma en la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (2010): “La depresión y la bipolaridad aumentan el riesgo de suicidio por sí solos”.

La cantidad de personas con "enfermedad mental" crece en paralelo con los problemas sociales. No cuestiono la influencia genética en algunas enfermedades, pero tal y como se observa en la tabla anterior hay factores sociales y culturales que pueden producir enfermedades mentales en una proporción aún mayor que la genética. Ninguna enfermedad mental en sí misma es la razón por la cual una persona se suicida tal y como se puede extraer de *la guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (2010).

Según Jairnilson Paim, (En Granda, 2014), Doctor en Salud Pública por la Universidad Federal de Bahía-Brasil, “*A Saúde Coletiva se constroi como projetos, lutas, sonhos, subjetividades, sagacidades, trabalho e arte*” en esta citación el autor nos habla que este movimiento en favor de la salud se construye cerca de las personas, a través de proyectos, luchas, sueños, subjetividades, ingenio, trabajo y arte. La Salud Colectiva

viene a estudiar la potencialidad de construir una salud pública fundamentada en una metáfora que reconoce los siguientes presupuestos:

- 1) Presupuesto filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad.
- 2) Métodos que integran diversas metáforas, y proponen diversas hermenéuticas (incluida la científica positivista) capaces de dar cuenta de la acción social y de las estructuras.
- 3) Prácticas sociales que integran diversos actores y poderes además del poder del Estado: el accionar del individuo, de los públicos o movimientos sociales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado, luchan por su democratización y entran en acuerdos o desacuerdos con los poderes supra e infra nacionales (Granda, 2014).

Manuel Desviat escribe en el libro, *Cohabitar la diferencia* (2016), los avances y aspectos a mejorar en la reforma psiquiátrica actualizando al momento en el que nos encontramos. Este libro enmarca un nuevo sobre el conocimiento, las intervenciones y la construcción de una nueva manera de entender la salud mental con factores sociales, el cual denomina salud mental colectiva. Una salud mental colectiva centrada en la solidaridad y la cooperación social, más igualitaria y que requiere que los profesionales tengan una participación política para generar una transformación en el Sistema Nacional de Salud Público. Dado que se ha de conseguir que la salud sea pública y colectivo comprometido con todos los miembros de la sociedad. Desviat (2016) advierte de la obligación de generar un cambio en las intervenciones terapéuticas. Donde se integre una visión transversal de lo biológico, lo social, lo cultural y lo psicológico. Para que se comprenda los factores personales del individuo, pero se ha de tener en cuenta la sociedad en la que vive. Un acompañamiento profesional donde lo subjetivo, lo social y lo político se relacionen para entender el malestar emocional de las personas más allá de una enfermedad mental. Dichas intervenciones podrán generar espacios de apoyo mutuo dentro de la comunidad. Estos espacios serán favorables para el individuo ya que habrá una red comunitaria donde los equipos multidisciplinares en salud mental trabajen en y con la comunidad para generar tejido social a través del vínculo. Este nuevo escenario de intervenciones es el pilar para la salud mental colectiva que se propone en el libro frente a los espacios existentes como son los hospitales.

La salud colectiva contribuye a la construcción de una salud pública que se acerca a las personas, valora su cultura y conocimientos distintos, que no se superponen, pero que pueden coexistir. Construir salud es proporcionar espacios que abarquen la enfermedad, no negarla, sino afirmar la vida como la mejor guía para lograr la salud. Significa comprender la existencia del dolor y sufrimiento, así como la superación y la resistencia. En un proceso en el que las personas tienen la capacidad de elegir e intervenir sobre su cuerpo y mente, basándose en su propia sabiduría, pero también a través de un conocimiento especializado que se suma y fortalece sus decisiones.

A nivel epidemiológico y de prevalencia se destacan los siguientes datos. Haro et al. (2005) afirman que en los países occidentales donde se han realizado estudios poblacionales aproximadamente una de cada 4 personas cumplía criterios diagnósticos de un trastorno mental y alrededor de un 40% del total de la población general llegaba a presentar un trastorno mental en algún momento de la vida.

Por otro lado, la OMS (2013) estima que en el año de publicación del Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 unos 700 millones de personas en el mundo padecían algún tipo de trastorno mental y neurológico.

Según la Comisión de las Comunidades Europeas, en el *Libro verde*, calcula que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado.

A su vez, el proyecto ESEMeD-España en su Plan Estratégico 2011-2013 situó las siguientes cifras de prevalencia de trastornos mentales: en España un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida y un 8,4% en los últimos 12 meses.

Según datos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) (2014), el porcentaje de personas con riesgo de sufrir un trastorno mental es más elevado en personas que pertenecen a las clases sociales más desfavorecidas (el 10,0%) y entre las personas con estudios primarios o sin estudios. Siguiendo con datos en España, la OMS afirma que el 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental.

Por otra parte, son importantes también los datos que hablan sobre el coste económico que suponen los trastornos mentales: El Plan Estratégico 2014-2016 del Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental, informan sobre que la mala salud mental y el no tratamiento de los problemas derivados de los trastornos mentales, causan el aumento de la vulnerabilidad en las personas que los padecen, lo que se traduce en la pérdida de oportunidades para la propia producción económica y un

aumento de costes para la sociedad. Para hacernos una idea, según Parés-Badell et al. (2014), el coste total de las enfermedades mentales en España, tomando como referencia el año 2010, se estimó en 46.000 millones de euros, de los cuales, el coste por paciente más elevado fue para el caso de los trastornos psicóticos, con un coste anual estimado de 17.576 euros.

Por otro lado, tal y como se puede ver en la tabla 5, al desglosar los datos en función del tipo de diagnóstico de trastorno mental y de enfermedades neurológicas, las demencias lideran la lista respecto al coste económico que generan en España suponiendo un gasto de 15.402 millones de euros al año. A las demencias les siguen los trastornos del estado de ánimo, con 10.763 millones de euros, y los trastornos de ansiedad (10.365). En cuarta posición y por debajo de los accidentes cerebrovasculares, se encuentran los trastornos psicóticos (7.973). Teniendo en cuenta las cifras facilitadas por Parés-Badell et al. (2014), el impacto económico de los trastornos mentales más frecuentes (ansiedad y depresión) superan al de otras enfermedades físicas, como la esclerosis múltiple, la epilepsia o los tumores cerebrales.

Trastorno	Coste en millones de euros
Demencias	15.402
Trastornos del estado de ánimo	10.763
Trastornos de ansiedad	10.365
Infarto cerebral	8.584
Trastornos psicóticos	7.973
Dolor de cabeza	5.585
Adicciones	5.056
Discapacidad mental	3.622
Trastornos del sueño	2.769
Lesión cerebral adquirida	2.489
Trastornos de la personalidad	2.085
Enfermedad de Parkinson	1.842
Trastornos somato formes	1.650
Trastornos de la infancia y adolescencia	1.638

Epilepsia	1.618
Esclerosis múltiple	1.337
Trastornos musculares	506
Tumores cerebrales	398
Trastornos de la alimentación	65

Tabla 5. El coste económico anual de los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas en España. Modificado de Parés Badell et al. (2014)

Así pues, los datos evidencian que los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas tienen un enorme impacto en la economía de España, equivaliendo al 8% del PIB (Parés-Badell et al., 2014).

Por otra parte, y más allá de los costos económicos, de salud y sociales, la OMS (2004) afirma que las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, tanto dentro como fuera de las instituciones psiquiátricas.

Como ya se ha dicho anteriormente, la mayoría de las personas que sufren de un TMG viven con sus familias. Cibersam citando en su plan estratégico a FEAFES (2011), estima que el 80% de las personas con enfermedades mentales de mayor grado de discapacidad, conviven con sus familias.

Después de conocer estos datos hace que se plantee el interrogante de si se está abordando bien esta problemática, ya crónica a nivel mundial y que va en aumento. A mi parecer, es de vital importancia que los gobiernos inviertan en medidas de prevención, detección precoz y atención temprana para evitar la cronicidad de los efectos de los trastornos mentales en la sociedad.

Es por ello por lo que los gobiernos y las administraciones deben hacer hincapié en crear recursos para la prevención de los trastornos mentales, pero no hay que olvidar la importancia del tratamiento. Se trata de empoderar fomentando la autonomía de las personas y de la rehabilitación psicosocial.

4.1.3.1. Características y necesidades del colectivo de personas con TMG

Las personas con un TMG y por lo tanto crónico tienen además de las necesidades propias de la población general, un conjunto de problemáticas específicas que afectan de manera notoria en su área funcional, laboral, relacional, etc.

Para ello se *utilizará la lista de aspectos clave que define IMSERSO (2007)* en su documento técnico. Estas necesidades se concretan en: el acceso a los servicios básicos del Estado, el tratamiento, la Rehabilitación Psicosocial, el apoyo a la integración social, el apoyo económico, recursos que faciliten el acceso al mundo laboral, el conocimiento y ejercicio de sus derechos, el apoyo a las familias y la vivienda.

- El acceso a los servicios básicos del Estado (educación, sanidad, justicia, servicios y prestaciones, transporte, etc.) debido a la dificultad de este colectivo para la utilización de servicios comunitarios y siempre, en medida de lo posible, deberá ser normalizado con tal de evitar el estigma y la disgregación.
- El tratamiento debe ofrecerse preferiblemente en el medio natural y por un equipo interdisciplinar pudiéndose abarcar los diferentes aspectos psicológicos, sociales, de enfermería, etc. Así pues, el tratamiento debe ir más allá que la simple prescripción de pautas farmacológicas e incluir medidas para ayudar a afrontar los síntomas del trastorno incluyendo desde la detección precoz y diagnóstico, pasando por la atención en crisis, hasta el tratamiento de mantenimiento.
- La Rehabilitación Psicosocial entendiéndose como la parte del tratamiento encarada al trabajo y refuerzo de habilidades sociales, actividades de la vida diaria, resolución de conflictos, enfrentamiento de la sintomatología, intervención familiar, apoyo de las familias, etc., de una manera continua y coordinada.
- El apoyo a la integración social como son opciones de ocio, asociacionismo, movilidad, etc., para evitar el aislamiento y deterioro social.
- El apoyo económico es fundamental dada la afectación en el área laboral de la persona. Teniendo en cuenta este aspecto, se hace evidente la necesidad de recursos que faciliten el acceso al mundo laboral. IMSERSO calcula que la tasa del desempleo en personas que sufrían un trastorno mental en 2007 era entre el 60 y 90%. Por este motivo son imprescindibles los servicios de formación laboral y apoyo al acceso al empleo, ya sea en vacantes de empleo normalizados como en centros especiales de trabajo.
- El conocimiento y ejercicio de sus derechos. Es un colectivo particularmente vulnerable a los abusos, desprotección y dificultad de ejercicio de sus derechos,

por lo que se deben tener en cuenta medidas en materia de protección legal, acceso a servicios, información acerca de su salud y del tratamiento, etc.

- Apoyo a las familias. La dependencia de estas personas hace que, por desgracia, sus familias se vean sobrecargadas por los cuidados que necesita su familiar. Esto hace que la familia en ocasiones se sienta desbordada y por ello es imprescindible el soporte a las familias mediante servicios profesionales, información, programas de apoyo, etc.
- La vivienda. Se trata de un derecho constitucional, además de una necesidad básica. Tal y como afirma IMSERSO (2007), las personas con TMG deberían poder vivir en una vivienda con las características de un hogar, y dentro de lo posible, de su elección. En la práctica, la mayor parte de las personas con trastorno mental viven con algún miembro de su familia y son en mayor o menor grado dependientes de ellos.

Por otro lado, IMSERSO (2019) estima que unas 10.000 personas en España en 2007 aún ocupaban plazas hospitalarias de larga estancia, y en su gran mayoría debido, a que no habían accedido a los procesos de desinstitucionalización ordenados en la Ley General de Sanidad de 1986.

Así pues, con la adaptación de este modelo a las necesidades específicas de las personas con trastorno mental grave, juntamente con una propuesta práctica de intervención, se pretende dar una respuesta eficaz a la problemática que presentan las personas de este colectivo en el contexto actual, afrontando las exigencias de la sociedad y del sistema y a la vez cubriendo las carencias del modelo actual en escalera.

4.1.4. Relación entre la salud Mental y el suicidio

Aunque en los apartados anteriores he podido ver como la conducta suicida o el suicidio no se da por un único factor, es decir, es multifactorial, las estadísticas, la historia y los estudios mencionados como *el Código de Riesgo de Cataluña (2015)* y *N'Viu (2021)*, señalan o ponen un mayor énfasis en la relación de la salud mental con el suicidio.

Tal y como se recoge en el *Manual MSD (2018)*, uno de los factores más frecuentes que contribuye al suicidio es la depresión, los trastornos bipolares que están dentro de la depresión, tiene una incidencia del 50 % en intentos suicidas, pero no consumados.

La depresión puede darse de forma inesperada, como desencadenante de una experiencia traumática, como puede ser la pérdida de un ser querido o la consecuencia de una combinación de factores (pérdida de trabajo y desahucio por no poder pagar hipoteca/alquiler). En el caso de los adolescentes puede ser por acoso escolar o conflictos en el hogar, pueden ser desencadenantes. El riesgo de suicidio puede aumentar si las personas con depresión padecen también ansiedad.

El índice de suicidios puede aumentar si se padece una enfermedad que afecte al sistema nervioso central como sucede en la esclerosis múltiple, la epilepsia del lóbulo temporal, los traumatismos craneoencefálicos y también con tratamientos médicos que pueden originar depresión.

En el *Manual MSD (2018)* menciona la relación entre el suicidio y las personas mayores por que padecen de trastornos físicos crónicos, dolores graves, pero se enmarcan en depresión por soledad. Este aspecto es una causa estructural ya que se podrían plantear medidas preventivas para paliar dicha soledad.

Otro de los aspectos que se han de tener en cuenta son las experiencias traumáticas de la infancia, incluyendo el abuso físico y sexual, aumentan el riesgo de intento de suicidio, quizás porque la depresión es frecuente entre las personas que han sufrido dichas experiencias. No hay un planteamiento que dichas personas no han podido sanar estas experiencias traumáticas porque el sistema hace una victimización secundaria y por qué en muchos casos estos abusos se dan en el núcleo familiar si sigue existiendo una falta de protección por parte del sistema y de recursos especializados, es decir, se sigue tratado esta problemática una vez hay aparición de Trastorno Mental, como es la depresión.

Hay otro factor que influye tal y como se recoge en *Manual MSD (2018)*, en las tentativas de suicidio que es el consumo de alcohol porque hay una disminución de capacidad de autocontrol y aumenta la sintomatología de la depresión. Las personas alcohólicas en los periodos de abstinencia tienen más probabilidades de intentos de suicidios por los sentimientos de remordimientos. En este caso nos deberíamos preguntar como sociedad si estas personas no necesitarían un mayor acompañamiento por parte de recursos especializados que pudieran cubrir las necesidades básicas como son comer,

higiene personal y un techo sabiendo que consumen, ya que en la actualidad para poder acceder a un recurso piden la abstinencia de cualquier sustancia.

Cualquier trastorno de salud mental se asocia a un mayor riesgo de suicidio en el *Manual MSD (2018)*, aunque esta afirmación no quiere decir que se ha el único factor de riesgo, ya que se ha podido observar que el suicidio es una problemática multifactorial.

En el *Protocolo de N' VIU (2021)*, recogen la relación del suicidio con la salud mental, ya que dicho programa consta de medidas preventivas que incluyen el tratamiento de los trastornos mentales (farmacología, derivación al módulo de psiquiatría...), mejora de las condiciones de vida de los internos y apoyo social a los presos. Este punto hace hincapié en la necesidad de intercambio de información por parte de los equipos multidisciplinar para adecuar el tratamiento en relación con el trastorno mental, eliminando posibles riesgos.

4.2. **Marco Jurídico**

En este apartado trataremos la legislación que existe a nivel Estatal y a nivel autonómico en relación con la temática sobre el suicidio. Dentro de cada apartado se ha recogido una parte específica en relación con la salud mental y en peso que tiene esta para los familiares y el entorno social.

Para poder elaborar esta parte me he basado en datos recogidos en los estudios del ministerio del interior (2021), en el boletín epidemiológico del Instituto de Estadísticas de Catalunya (2019) y en la OMS (2014). Tal y como menciona la OMS (2014), en las últimas décadas, y en concreto desde el 2000, se han desarrollado varias estrategias nacionales de prevención del suicidio. En la actualidad existen 28 países que aplican estrategias nacionales que demuestran el compromiso con la prevención del suicidio.

Teniendo en cuenta que, en el 10 de septiembre del 2003, se reconoce como día internacional del suicidio como un problema de **Salud Pública** para la prevención del suicidio. En este día se han promovido campañas nacionales y locales para concienciar y reducir el estigma en la sociedad.

Tal y como recoge la OMS (2014) en la Prevención del suicidio, en Japón hay un cambio socioeconómico en el 2000. En ese momento hay un movimiento de hijos que habían perdido a progenitores y empezaron a expresar sus emociones a nivel social para romper el tabú y a hablar claro en los medios acerca de sus experiencias.

En el 2002, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar celebró una “mesa redonda de expertos en medidas preventivas del suicidio” (OMS 2014). El informe resultante señaló que una política de prevención del suicidio no solo debe abordar correctamente los problemas de salud mental, sino que también debe incluir un examen multifactorial de factores psicológicos, sociales, culturales y económicos. Sin embargo, este informe se consideró sencillamente como recomendaciones de expertos y no se reflejó plenamente en ninguna política efectiva. El suicidio empezó a considerarse un “problema social” en el Japón alrededor de 2005-2006 y esto desencadenó hechos concretos. En mayo del 2005, la ONG LIFELINK colaboró con un miembro del parlamento para realizar el primer foro sobre el suicidio. En ese foro, LIFELINK y otras ONG presentaron propuestas urgentes sobre la prevención integral del suicidio. El Ministro de Salud, Trabajo y Bienestar, que asistió al foro, prometió solemnemente en nombre del Gobierno abordar el problema del suicidio. Esa promesa tuvo amplia difusión en los medios.

4.2.1. Legislación a nivel Estatal:

Seguidamente se hablará de la regulación penal básica que existe en España para el suicidio para tercero, que se explica posteriormente en el artículo 15, ya que no recoge que una persona por decisión propia y estando en todas sus facultades mentales pueda poner fin a su vida.

Dado que tanto la parte activa como la parte pasiva del suicidio son la misma persona, resulta difícilmente concebible que tal acto sea punible.

La Constitución Española es tajante en él, artículo 15 (1978): “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral [...]”.

Este artículo pone de manifiesto que es un derecho y no un deber, la legislación de España no castiga el suicidio, pero sí su facilitación por terceros así se recoge en el **artículo 143 del Código Penal** donde explica las penas para las personas que de asistencia como terceros en la muerte. A esto se le denomina suicidio asistido y tiene penas de hasta 4 años de prisión siempre y cuando se pueda demostrar con hechos

que esa persona ha facilitado los medios necesarios para acabar con la vida de otra persona. Las penas pueden aumentar si se demuestra que aparte de facilitar los medios han tenido algún tipo de participación activa en la muerte de esa persona llegando a tener penas de hasta 6 a 10 años de prisión. Este artículo está relacionado con la primera ley del 2020 a favor de la eutanasia que se recoge posteriormente y que modifica las penas de prisión.

Estos dos supuestos cambiarían siempre que el suicida deje hecha la solicitud de voluntades anticipadas que padece de una enfermedad, que le causara la muerte y un sufrimiento que no pueden paliar, los terceros tendrían penas inferiores tal y como se recoge en el artículo por delito de omisión de socorro por no prestar auxilio a la persona.

El 17 de diciembre del 2020 se aprueba la primera Ley en España a favor de la eutanasia, siempre y cuando no haya perspectiva de mejora y sirva para paliar el dolor, pero en ningún en la Ley recoge la posibilidad de paliar el sufrimiento emocional que en muchos casos lleva al suicidio. Esta ley modifica las medidas penales que se recogen en el artículo 143 de la Constitución.

En el siguiente mapa con fecha del 12 de febrero del 2020 se puede observar en que países es legal la eutanasia y en qué países no está permitido a nivel legal, pero si está autorizado el suicidio asistido. En suiza la asistencia al suicidio es plenamente legal a partir de los 18 años.



Tabla 6. En qué países es legal la eutanasia. Fuente ticbeat 12 de febrero 2020.

Condicions que s'han d'acomplir per l'acceptació de la petició.	Impossibilitat de realitzar algunes de les ABVD
Capacitat de raonar	Menjar
Petició seria i reiterada	Higiene
Malaltia incurable	Vestir-se i desvestir-se
Patiments físics o psíquics intolerables	Aixecar-se, seure i tumbat-se
Pronòstic fatal o invalidesa important	Desplaçar-se
	Sordera, ceguera

Tabla 7. Ejemplo de país donde es legal solicitar morir (suiza). Plan de salud del gobierno de Suiza 2018

En la tabla 7, se observa que peticiones de solicitud están aceptadas para solicitar la eutanasia y que actividades de la vida diaria están mermadas en las personas y eso hace que pueda ser autorizada la solicitud de muerte.

En Holanda en 2001 entra en vigor la eutanasia activa, siempre y cuando se pueda demostrar que la persona padece un sufrimiento insoportable y no hay opción de revertir dicha situación sin oportunidad de mejorar. En este país, esta opción está para los menores de edad, ellos lo pueden solicitar por la última palabra la tienen los padres.

Bélgica también modificó la ley para que los menores de edad en 2014, pudieran solicitar la eutanasia con el consentimiento paterno. Fue el primer país en aceptar que los menores de edad solicitaran la muerte asistida.

En Estados Unidos no está legalizada la eutanasia, aunque siete estados miembros del país, junto con Washington permiten el suicidio asistido. La condición es que ha de haber una autoridad competente para que se lleve a cabo el suicidio asistido, es necesario tener los 18 años, tres autorizaciones de médicos diferentes y que padezcas una enfermedad terminal.

Seguidamente, se expondrán algunas de las normas jurídicas más importantes que *abarcen la protección sanitaria y social* de las personas con trastorno mental. En relación con la Salud Mental a nivel nacional encontramos distintas escalas de orden jurídico (SNS 2020).

Primeramente, encontramos las Estrategias en Salud Mental aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Mental Español (SNS) con el objetivo de aportar mejoras en los Planes de Salud Mental de las Comunidades Autónomas.

Después se encuentra la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, permitió configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema: la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito: la descentralización política de la sanidad: la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que ponía el énfasis en la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

En un tercer plano existe el Decreto 122/1997, de 2 de octubre, que establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados.

4.2.2 Legislación a nivel autonómico (CCAA-Cataluña)

El ABC Cataluña (2019), recoge que la ministra de Salud, Cataluña tiene competencias para legislar sobre el «cómo» se aplica la eutanasia, los procedimientos, circunstancias y lugares, puesto que dispone de las competencias sanitarias y de gestión de los centros hospitalarios, pero este hecho pone nuevamente de manifiesto que la legislación estatal que es superior a la autonómica entra en conflicto y se debería introducir modificaciones para que no hubiera penalizaciones.

La ley aprobada ya en el Congreso de los Diputados en relación con la Eutanasia y el Suicidio Asistido entrará en vigor en junio del 2021, cada comunidad introducirá el plan estratégico en función del ministerio de salud. En este momento es cuando se ha de crear una comisión ética con diferentes profesionales de la sanidad y es aquí donde se ha de pedir que se tenga en cuenta la parte social y que los Trabajadores Sociales puedan estar representados con el Código Penal español, “que sigue penalizando derechos”.

En relación con la Salud Mental en Cataluña tenemos una escala autonómica por la cual se rige la norma jurídica. Primeramente, tenemos el **Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña (PDSMIA) (2006)** aprobado por el Gobierno de la Generalitat,

a partir del cual se ha promovido a un modelo más comunitario y con una visión más global de la Salud Mental, aportando como novedad la integración de las dos redes asistenciales: salud mental y adicciones. Posteriormente se unifican problemáticas sociales como la salud mental y las adicciones tal y como se recoge en el **Plan de Atención Integral a las personas con problemas de Salud Mental y adicciones, (2014)** aprobado por la Generalitat dando respuesta integral a las necesidades de las personas con trastorno mental. Luego hay una especificación de necesidades básicas de las personas que se enmarca en la **Ley de Servicios Sociales 12/2007**. Configura un nuevo sistema que parte del principio de universalidad en el acceso a los servicios y con cartera específica para personas con trastorno mental incluyendo las áreas de: hogar (residencias, pisos con apoyo y soporte a la autonomía en el domicilio), ocio (clubs sociales), laboral, fundaciones tutelares y apoyo a las asociaciones de familias y usuarios.

Por último, encontramos la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia que integra su propia cartera de servicios en la de Servicios Sociales, que es la más específica para un colectiva que tiene una mayor problemática como pueda ser la vejez, ya que como se ha visto a lo largo de los diferentes apartados aquí confluyen el concepto de soledad y la parte comunitaria que recoge la OMS (2014).

En el *Programa N' Viu (2021)* que es específico de Cataluña, enmarca todos los datos de reclusos que han participado, teniendo en cuenta la ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD) y siguiendo las normas nacionales e internacionales de Helsinki y Tokio sobre aspectos éticos y buena práctica en la investigación clínica.

5. Perspectiva y acompañamiento del suicidio desde el Trabajo Social

5.1. Deontología del Trabajo Social

El Trabajo Social atiende a personas vulnerables que presentan necesidades, dificultades y es por eso, que se destaca la importancia de que el/la trabajador/a social debe tener conocimientos sobre habilidades sociales, control y manejo de las emociones, y su actuación tiene que estar basada en un código deontológico que regule la ética de la profesión y, sobre todo, una sensibilidad que permita al usuario expresarse para conseguir éxito en el trabajo a desarrollar.

De acuerdo con Banks y Williams (2005), las situaciones éticamente problemáticas en la práctica del trabajo social se pueden distinguir como problemas y dilemas éticos. Consideramos problemas éticos a las cuestiones en las que de un modo u otro está implicado alguno de los principios éticos del trabajo social. Por ejemplo, dudas sobre posible trato "especial" a determinados ciudadanos dada su situación. Los dilemas éticos en su definición más restringida se producen ante "una elección entre dos alternativas igualmente relacionadas con el bienestar humano" (Banks, 1995).

Colom (1998) clasifica la ética como "elemento primario, fundamental, accesible y obligado de cada individuo" dado que vivimos en una sociedad cambiante y que se han de desarrollar de forma constantes nuevas formas, teniendo en cuenta la prudencia y la responsabilidad en temas tabús como la eutanasia, el suicidio o el aborto en épocas anteriores.

El abordaje y prevención del suicidio es una prioridad para la Organización Mundial de la Salud (OMS 2012) y para todos los servicios de salud.

5.2. Rol del Trabajado Social en el acompañamiento Familiar en el duelo por suicidio.

Los profesionales sociales dentro del ámbito de salud son los responsables de diagnosticar, identificar, investigar y analizar cuáles son las condiciones y circunstancias sociales de la persona en relación con los diferentes aspectos de una persona, como es su entorno social, laboral, de vivienda y con qué recursos tiene para desarrollarse.

El/la trabajador/a social ejerce su actividad en diferentes ámbitos relacionados con situaciones dentro del ámbito socio sanitario. Centrándonos en el papel del trabajador social, tal y como se expone en Novelas (2017) el/la profesional del trabajo social, dada sus características, es quien puede observar cada caso de forma holística y flexible, que le permite identificar todos aquellos elementos materiales y potenciales humanas que puedan ayudar en la mejora de la evolución de los diferentes estadios por los que pasa cada caso.

La Asociación Europea de Cuidados paliativos (EAPCSW) citada por Novellas (2017), define las competencias que deben reunir los y las trabajadoras sociales:

- Defensa: el trabajo social es una disciplina comprometida con la justicia y el cambio sociales y, por lo tanto, tiene que defender los derechos de los y las pacientes y de sus familiares.
- Valoración: realizar una valoración de la situación de la persona enferma y de sus familias. Esta competencia se considera crucial para trabajar en equipo y poder tomar decisiones conjuntas.
- Planificar la atención: el profesional debe saber planificar y priorizar sus intervenciones en función de la pertinencia y viabilidad. Esta planificación debe ser consensuada tanto con el equipo como con la persona enferma y sus familias.
- Mantener una relación comprometida y constructiva con la comunidad con el fin de impulsar la creación de programas dirigidos al bienestar de las personas enfermas y de sus familias.
- Evaluar: saber evaluar periódicamente los procesos y los resultados clínicos y de los programas. Asegurar la identificación de las necesidades de las personas enfermas y de sus familias y garantizar que se está trabajando para su resolución.
- Tomar decisiones: ayudar a pensar a la persona enferma y a sus familias para que puedan tomar decisiones apropiadas.

Finalmente, el Instituto Català de Salut (2013) elabora la Carta de Serveis de Treball Social, donde define las siguientes funciones de atención a nivel específico para los y las trabajadoras sociales:

- Apoyo y gestión en servicios sociosanitarios de cuidados para las personas
- Tratamiento social con los y las pacientes y cuidadores. Abordaje y asesoramiento en la preparación de aspectos legales y administrativo en caso de que la persona enferma tenga sea menor o tenga reconocida una incapacidad.
- Coordinación interinstitucional y trabajo en red para el seguimiento evolutivo del/la paciente y su familia ante los posibles problemas sociales que se deriven de los cambios en la evolución de la enfermedad.
- Planificación del alta hospitalaria a nivel social en hospitales de agudos.
- Localización de la familia en caso de éxitos de la persona enferma si ésta no ha estado acompañada.

- Atención y soporte en las situaciones de malas noticias y duelo. Gestión del duelo capacitando a la familia para hacer frente a la evolución del nuevo proceso.
- Identificación y facilitador de necesidades espirituales.
- Acompañamiento y asesoramiento en aspectos administrativos/legales derivados de la situación del/la paciente y de su familia para poder atender la voluntad del paciente y afrontar los aspectos derivados de la defunción.

Las funciones del profesional social, tanto del trabajador social como del educador social deben satisfacer aquellas necesidades que la persona en situación de dependencia no pueda cubrir o satisfacer por sí misma.

La formación del trabajador/a social se da desde la transversalidad e interdisciplinariedad, el proceso del duelo se encuentra en el ámbito de intervención transversal de la disciplina del trabajador social. La profesión se enmarca en actuaciones continuadas con las personas, trabajando así la pérdida de estas, tanto de carácter material como la relación con la propia persona. Es de especial relevancia la intervención del trabajador/a social en los procesos de duelo por la pérdida de un ser querido, ya que es un momento de crisis, esta intervención ha de ser desde la perspectiva individual, grupal y comunitario, tal y como se recoge en *Trabajo Social Familiar e Intervención en Procesos de Duelos con Familias* (2006).

Hay diversas fases del duelo que no son universales para todos los autores ya que hace categorizaciones diferentes, aunque las emociones son las mismas, como se verá a continuación en las dos tablas, que se explican la categorización que hace J. Bowly (1993), Enríquez, M (2013), posteriormente también veremos la categorización que hace Kübler-Ross ([1926] (2020)) y Espina, A (1995). En la primera tabla he escogido a los autores Altet y Boatas (2000) que se basan en las fases del proceso del duelo que describe J. Bowly (1993). En la segunda tabla se describe las fases del proceso del duelo tal y como describe el autor Enríquez, M (2013) con la tabla de las fases de C, M, Porks (2000), en ambas tablas se puede observar que no existen una gran variación y estas dependerán del autor.

A continuación, veremos las fases reflejadas en 2 tablas, por los autores Altet y Boatas (2000).

**Fases del proceso de duelo normal
(J. BOWLY)**

Fase I	Shock	Aturdimiento
Fase II	Añoranza	Búsqueda del fallecido
Fase III	Desesperación	Desconsuelo
Fase IV	Reorganización	Integración

Tabla 8. Fases del proceso de duelo normal, Bowly.J (1993). Font Altet y Boatas (2000)

**Fases del proceso de duelo normal
(C. M. PORKS)**

Fase I	Alarma	Reacción de estrés
Fase II	Aturdimiento	Insensibilidad
Fase III	Aprehensimiento	Búsqueda del fallecido
Fase IV	Depresión	Tristeza
Fase V	Recuperación	Reparación

Tabla 9. Fases del proceso de duelo normal de C.M. Porks (2000). Fuente Enríquez (2013)

En la tabla 8 y 9 la primera fase se encuentra el “shock” o “aturdimiento” que sería la fase de negación como primera reacción ante la muerte de un ser querido por la pérdida de un vínculo afectivo. En los casos que la muerte es brusca o inesperada, se produce un cierre de conciencia que hace que el superviviente vivencie una muerte irreal tal y como menciona Enríquez, M (2013), por lo que se produzca un duelo mayor es más probable.

En estos duelos la muerte se entiende como una interrupción de la vida que no debería de haber terminado ya que no ha completado el ciclo vital de una persona. Hemos de tener en cuenta que se trata de una muerte auto infligida la búsqueda al sentido de pérdida tiene una mayor complejidad dado que rompe el orden social sobre los instintos básicos como la supervivencia, esto suele conllevar el enfado con la persona muerta, a la que se suma la culpabilidad, vergüenza, miedos y el estigma social que conllevan

estas muertes violentas. En muchos de estos casos los “supervivientes” pueden sentirse responsables por la muerte del ser querido ya que se cuestionan si podían haber evitado la muerte, ha esto se le suma el estigma de la sociedad ya que sigue siendo tabú para la sociedad eso dificulta poder expresar los sentimientos que este hecho ha ocasionado, tal y como mencionan Altet y Boatas (2000), socialmente pasan a ser percibidos como “la familia del suicida” o “la casa del suicida”.

Otro sentimiento que puede aflorar es el temor para seguir los pasos o incluso a padecer una enfermedad mental que le lleve a cometer el mismo acto que su ser querido.

El trabajador/a social ha de establecer dos niveles de intervención, el primer nivel sería de asesoramiento y un posterior nivel para abordar la terapia del duelo a través de grupo de apoyo mutua o derivación a la parte más terapéutica, Como trabajadores sociales, a la hora de hacer intervenciones con un duelo por suicidio, debemos de diferenciar si nos encontramos con el suicidio de uno de los progenitores o ante el suicidio de uno de los hijos.

A continuación, y teniendo en cuenta al autor Enríquez, M (2013), describiremos intervenciones con duelo por suicidio con diferentes roles dentro de la unidad familiar, son los siguientes:

- En el Duelo por la pérdida de uno de los progenitores, la reacción del hijo ante el suicidio del progenitor lleva consigo síntomas fisiológicos como psicológicos. En la esfera física los más comunes son la pérdida de apetito y sueño, mientras que en la psicológica los cambios bruscos de comportamiento, incluso tentativas suicidas para poder llegar a reencontrarse con el fallecido. Ante este hecho el profesional del Trabajo Social debe aconsejar a la familia que exprese lo ocurrido con claridad y con un lenguaje fácilmente, comprensible y debe dar soporte emocional para el hijo.

Debemos de tener en cuenta que hablar de la muerte es complejo pero el mejor momento para ello puede ser el de del mismo fallecimiento, en este proceso es imprescindible que el padre/madre superviviente no altere la verdad sobre la causalidad de la muerte ya que el niño acabará descubriéndola y esto puede provocar la aparición de una barrera comunicativa entre ambos que dificultará aún más el proceso de duelo. El sentimiento dominante suele ser el de culpabilidad por ello en la intervención individual y familiar se deberá trabajar en profundidad para evitar que derive en: declaraciones insistentes y directas de culpabilidad y autor reproche, depresión, comportamiento provocativo, autocastigo, conducta obsesiva, pensamientos cargados de culpabilidad y esfuerzos desesperados para defenderse demostrando que es absolutamente bueno, que no hace daño a nadie y que no es malo ni peligroso.

Dada su complejidad estas implicaciones emocionales que sufre el menor en el proceso de duelo deben de ser abordadas desde una perspectiva multidimensional y multidisciplinaria tal y como describe Enríquez, M (2013).

-Duelo paterno filial: Este tipo de duelo es uno de los más difíciles de afrontar y por ello está catalogada como una de las peores situaciones en las cuales se puede ver envuelta una persona, dado que en si misma encierra una contradicción al no seguir la lógica natural. Pone en cuestión la capacidad de protección de los padres hacia los hijos lo cual genera una culpa aún más acusada que en el resto de los casos. A esto se le suma la llamada pérdida narcisista, en la cual al morir nuestro hijo muere una parte de nosotros mismos, la continuación de nuestros sueños e ilusiones puestos en esa persona. Este tipo de duelos genera un dolor para toda la vida, el cual es descrito por algunos autores como Montoya Carrasquilla como una “montaña rusa”. Compuesta por un dolor permanente el cual es más o menos acusado dependiendo de la situación tal y como menciona González, V (2006, pp. 10-11).

- Duelo entre hermanos: Al igual que en el caso del suicidio de uno de los progenitores, que la muerte sea expresada correctamente adquiere un carácter de suma importancia, pero además en este caso hay que tener en cuenta que ambas personas han crecido juntas y han sido educadas en el mismo sistema familiar por lo que una de las tareas a llevar a cabo por el trabajador social es evitar la identificación con el suicida. Ha de poder ayudar al superviviente a elaborar otras técnicas de resolución de conflicto.

Al igual que en todos los tipos de suicidio la culpa suele estar presente y jugar un papel fundamental, el paciente experimentará cambios en casi todos los aspectos de su vida. Es común que sobre todo tratándose de niños hagan referencia a ver al suicida en la casa esto no debe tratarse como trastorno grave, sino que es un síntoma común en este tipo de casos. Un correcto posicionamiento de intervención sería escucharlos y evitar prestar atención a síntomas y actitudes. Si normalmente se suele contemplar la idea del suicidio entre los familiares en el caso de adolescentes que estén pasando por el duelo de uno de sus hermanos esta conducta es más probable por lo que como profesionales hay que evaluar el grado de afectación psicológica para evitar un acto suicida como menciona Pérez S. (2013).

Edwin S. Shneidman (1970), psicóloga clínica, y que se recoge en estudios de suicidio, suicidio y comportamiento potencialmente mortal, apunta tres herramientas fundamentales para trabajar este tipo de casos como son: la actividad, la autoridad y la implicación de otros.

- La actividad: La terapia debe de tener un sentido activo para que la persona vea cambios en su vida y de esta forma se restablezca el valor. Es imprescindible durante todo el proceso que el sujeto se sienta apoyado por el profesional de manera que técnicas como la empatía y la asertividad sean fundamentales para el trabajador social. Las sesiones deben de exaltar la fuerza que tienen los usuarios y su entorno, así como aislar aquellos factores que impidan el correcto desarrollo de las habilidades sociales para poder trabajar con ellos.

- La autoridad: En este tipo de situaciones de extrema delicadeza el trabajador social terapeuta debe asumir la autoridad en el sentido de dirigir y cuidar temporalmente al paciente, dado que este se encuentra en una situación en la cual se ve incapaz de afrontar su situación y de elaborar pensamientos alternativos ante la realidad que está viviendo. Esta autoridad ha de ir en disminución a medida que se le van otorgando a dichos usuarios herramientas para abordar por ellos mismos la situación, de esta manera no solo conseguiremos que se impliquen en mayor medida en el tratamiento haciéndolos participes principales, sino que evitaremos que se produzca una futura dependencia, permitiéndoles restablecer el control sobre sus vidas.

- Implicación de otros: En este punto está la clave para superar la conducta suicida ya que es imprescindible el restablecimiento de los lazos que el usuario considera dañados o rotos, por lo que la participación de estas personas que él considera importantes en su vida es un importante que se sienta acompañado y deje de verse como ser abandonado, desamparado y rechazado.

La función desempeñada por el trabajador/a durante todo el proceso es muy compleja, existen una serie de pasos que podrían serles de utilidad, tal y como describen Edwin S. Shneidman (1970):

- Establecimiento de una relación mantenida y obtención de información: El profesional debe brindar esperanza y ayuda al usuario, valorando aquellos pasos que este dé para comunicar su estado anímico, como podría ser una llamada de socorro ante nuevas tentativas de suicidio.

- Identificación del problema central y contrato terapéutico: Dado que el usuario se ve abrumado por su situación el terapeuta puede focalizar la intervención en el problema que el considere que es de mayor importancia para el sujeto para de esta forma abordarlo e ir solucionando el resto a partir de este provocando en efecto dominó.

- Evaluar la potencialidad del suicida: Dado que lo principal es mantener el paciente vivo, se debe medir el grado de tentativa que este tiene para realizar un abordaje adecuado, para esto existe un baremo que podemos utilizar.

- Valoración y movilización de los recursos externos: Conseguir que el paciente movilice todos los puntos de apoyo de los que disponga, concertar un plan de citas.

- Formulación e iniciación de planes terapéuticos.

Se ha tener en cuenta que los familiares pueden tener unas crisis para sobrellevar la muerte, ya que los proyectos vitales compartidos con la persona que se ha suicidado no se podrán acabar, las expectativas que podían darse como, por ejemplo: hacer un viaje juntos, casarse o tener nietos no se podrán materializar esta realidad confronta con las expectativas y la elaboración del duelo. Aparte se ha de tener en cuenta el sentimiento de culpa para los familiares y amigos, más el estigma que existe con la muerte por suicidio de un familiar.

Los profesionales del ámbito social solo podemos acompañar en la escucha de las emociones, desde el enfado, pasando por la ira y la tristeza, ya que la familia y el entorno más próximo necesita un espacio de “contención” para llevar la pérdida del ser querido.

Como profesionales hemos de respetar los ritmos y los espacios que la familia nos pida para la elaboración del duelo, no hay una única posible elaboración, sino que hay tantas como personas existen cada persona reacciona de una forma diferente ante un hecho traumático.

Los trabajadores/as sociales ha de tener cuidado de no dar falsas esperanzas ni cuestionar sus intentos de encontrar una salvación ya que las personas marcan los ritmos en la elaboración de los duelos y más cuando son de forma abrupta como es el caso de suicidio. En estos momentos el profesional ha de acompañar en la pena, en el dolor para ello ha de aceptar la propia muerte como parte de la vida. No hace falta animar sino acompañar en el silencio, en el estar con el otro.

Entre los profesionales que acompañan y sus familiares ha de haber comunicación para acompañarlos en el dolor y que la pueda transitar de forma individual, pero con acompañamiento, ya que de esta manera podrán elaborar la historia de vida de forma conjunta, resolver asuntos pendientes con la persona que ya ha fallecido, subsanar asuntos económicos y “despedirse” de forma simbólica, aquí la figura del profesional puede ser de mediador según los vínculos existentes.

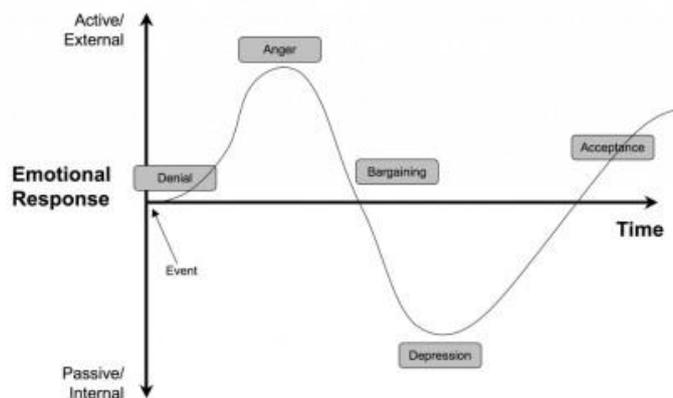
El trabajador social ha de acompañar para que los familiares tengan una “vida normal” y “vías de escape” tal y como señala González, V (1989), ya que sino el hecho traumático puede tomar el control de la vida familiar y dificulta desarrollo de los miembros en la cotidianidad.

Se ha de tener en cuenta que el suicidio en los núcleos familiares provoca una reorganización del sistema familiar y un sentimiento de culpa, vergüenza que han de poder ser hablados para que llegue haber una adaptación a la nueva situación y a la experiencia vital vivida.

Tal y como menciona Espina, a (1995) “La familia pasa por las fases del duelo y van a necesitar ayuda, ya sea de su red social o de un profesional, son frecuentes sentimientos de culpa y vergüenza”

En este proceso de elaboración del duelo se pasa por diferentes fases tal y como expone Kubler- Ross, e (1969) y como se observa en la gráfica:

Gráfica 3. Proceso de elaboración del duelo KUBLER- ROSS, E (1969). Fuente Zone Mapa (2021)

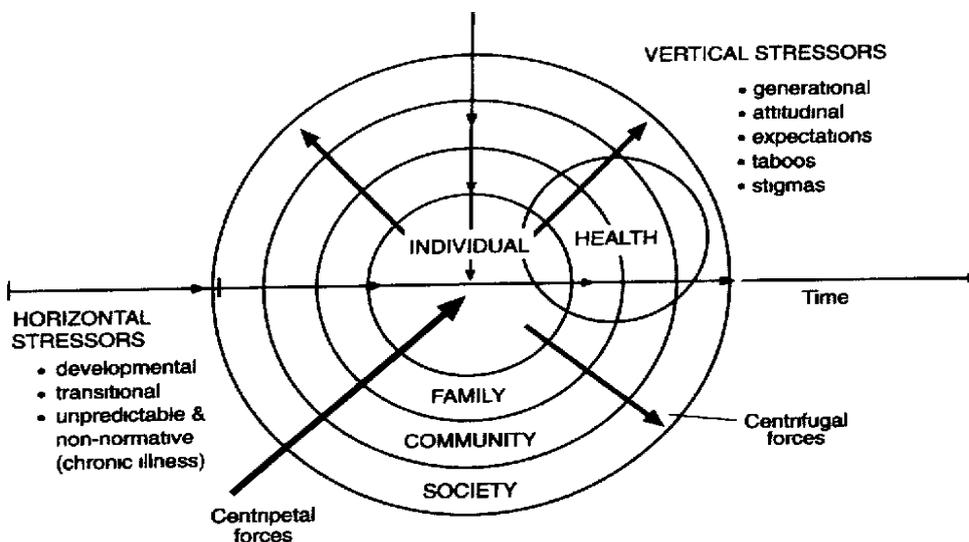


- La primera reacción **es la NEGACIÓN**, donde la persona y/o familiar no entiende que esté sucediendo este hecho y puede pensar que se han equivocado, debido al sentimiento del miedo que provoca el hecho de morir o perder un ser querido. Se necesita un tiempo para asumir el hecho de que la persona ha decidido poner fin a su vida.
- La segunda reacción **es la IRA**, donde aparece un sentimiento de injusticia, puede comportar sentir rabia hacia la propia persona o hacia el entorno más cercano. Por parte de los familiares y su red de amigos puede darse que piensen que no han hecho lo suficiente ellos, los sanitarios o personas especializadas e incluso hacia la persona que decide suicidarse.
- La tercera reacción es la **NEGOCIACIÓN**, donde se pacta con instancias superiores o con dios, para que la muerte no se hubiera producido.
- La cuarta reacción es la **DEPRESIÓN**, es cuando la esperanza se pierde y la realidad de la muerte no permite ninguna otra realidad. Aquí los familiares o

amigos pude dar paso al pensamiento que la vida sin ellos no tiene sentido. Culpabilidad por pensar que no han hecho suficiente por su ser querido.

- La quinta reacción es la **ACEPTACIÓN** de la muerte, de que la vida se acaba, de cómo su recuerdo va a estar vivo, en este momento hay un espacio para el perdón y el agradecimiento.

Según **MCGOLDRICK (1988)**, la familia debe realizar 4 tareas ante la pérdida de uno de sus miembros, ya que el hecho traumático es un factor estresor que comporta que el núcleo familiar sufra, pero cada individuo que lo forma el núcleo tendrá una manera propia de enfrentarse con el suicidio:



Gráfica 4. Tareas realizar familia por una pérdida, MCGOLDRICK (1988). Fuente [semanticscholar.org/paper/Chronic](https://www.semanticscholar.org/paper/Chronic)

1. Reconocimiento compartido de la realidad de la muerte (funeral, entierro...) donde se han de incluir a los niños.
2. Experiencia compartida del dolor de la pena, expresar todos los sentimientos.
3. Reorganizar el sistema familiar asumiendo el rol del difunto.
4. Establecimientos de nuevas relaciones y metas en la vida, a veces hay dificultades por un sentimiento de lealtad o temor a nuevas pérdidas.

Teniendo en cuenta este grafico es importante que el individuo que ha sufrido una perdida por suicidio pueda hablar del hecho, que no juzguen a la persona que ha tomado la decisión de suicidarse ya que si no se perpetua el estigma que hay sobre este tipo de muertes.

Brunello et al (2010, p.132) explican la importancia del vínculo en una relación entre un profesional y un usuario de los servicios de salud. Afirma que esta es una relación cercana, que tiene como objetivo la atención integral de la salud. El vínculo permite la apertura para que ambos involucrados se conozcan. Esto crea afecto y confianza, lo que facilita la adherencia y la continuidad del tratamiento. El vínculo debe servir para alentar al cliente a cuidarse a sí mismo, dándole autonomía.

Por lo tanto, el vínculo es la base para cualquier trabajo de cuidado humano, sin embargo, cuando el problema central del sufrimiento es precisamente el desapego de todas las formas de relación con la vida, este tema gana un peso que merece una preparación específica por parte del profesional, teórico y personal, que puede encontrar una persona difícil de vincular, con intención consciente o inconsciente de boicotear cualquier intervención, o por el contrario, alguien sediento de comprensión y escucha.

Una persona que ha sido capaz de atacarse con una intencionalidad tan grave como para llegar a su propia muerte, o que está a punto de llevar a cabo tal agresión, seguramente ha recorrido un camino muy doloroso para llegar a esta conclusión. Si observamos cuidadosamente los factores de riesgo, notaremos que la ausencia de apoyo social está directa o indirectamente involucrada en prácticamente todos los factores de riesgo. El estigma que rodea la atmósfera de esta persona puede producir una vergüenza que los hace incapaces de confesar sus pensamientos para cualquier persona o profesional.

Un punto central de la crisis suicida es la sensación de ser incapaz de resolver conflictos, de estar en medio de un laberinto sin salida, esta experiencia genera una gran cantidad de pensamientos confusos y posiblemente pensamientos, sentimientos y actitudes socialmente inaceptables, como la idea misma de quitarse la vida. Por lo tanto, la primera necesidad, para quienes se sienten perdidos es un espacio de apoyo de aceptación.

6. Análisis y discusión

7.

En este apartado estableceremos una relación entre el *Código de Riesgo del Suicidio de CatSalut (2015)* y el *Proyecto N'Viu (2021)* para poder observar si algunos de los dos protocolos tienen un apartado concreto donde se establezcan pautas de acompañamiento a las familias y al entorno más próximo por parte del profesional social, como es el trabajador/a social. Con dichos protocolos también se pretende establecer si están recogidos los factores sociales del suicidio y lo que supone para los supervivientes y la relación que establece con el concepto de Salud Mental.

Otro de los puntos que analizaremos dentro de este apartado son las asociaciones o fundaciones que quedan respuesta a la necesidad de las familias frente al suicidio de un ser querido y si existe el acompañamiento por parte del profesional social como son los/as trabajadores/as sociales.

6.1. Protocolos de riesgo por suicidio en Catalunya.

El Código Riesgo Suicidio (CRS) es un programa de actuaciones asistenciales y preventivas de la conducta suicida del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya que se pone en marcha en el 2014 y que en el 2016 está implementado en toda Catalunya. Este programa es preventivo, es decir, se basa en detectar personas que han llevado a cabo intentos de suicidio, donde la intervención que se ofrece es una atención de urgencia y de seguimiento en función del riesgo del suicidio, para aumentar la supervivencia de la población atendida y reducir la mortalidad.

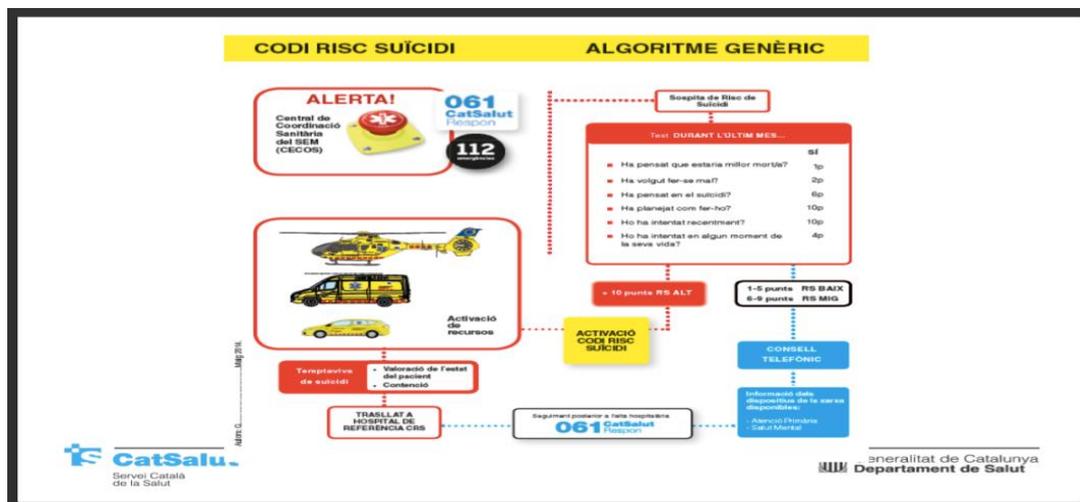


Gráfico 3. Algoritmo genérico para activar el SISCAT por CRS. Fuente CatSalut (2021)

Este programa no tiene ningún seguimiento ni acompañamiento a las familias ni a su entorno si la persona ha realizado “con éxito” el suicidio, la familia se encuentra sola para elaborar el duelo por la pérdida del ser querido, no hay una respuesta por parte de la salud pública frente a la muerte violenta.

Seguidamente tenemos el gráfico 4 donde podemos observar el circuito que establece Catsalut con las fases y procesos que he explicado anteriormente. En ningún caso marcan cual es el protocolo a seguir con los familiares si el suicidio se ha realizado causando la muerte de la persona.

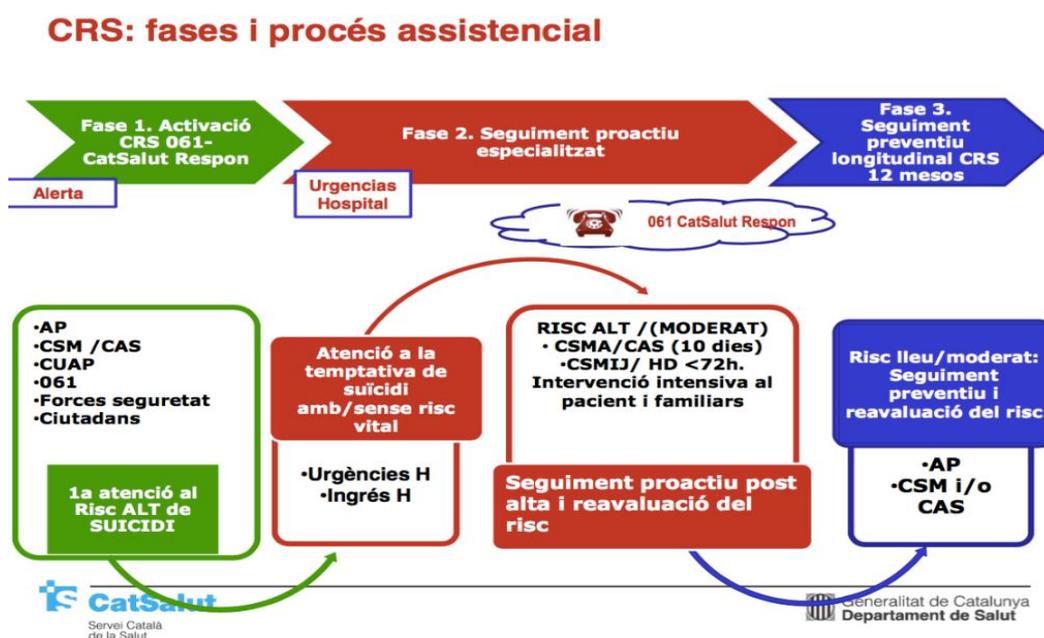


Gráfico 4.CRS: Fases y procesos asistenciales del suicidio. Fuente Catsalut (2021)

El programa CRS (2020) consta de tres fases:

1. Detección precoz y cribado inicial: cualquier recurso de salud pública del sistema Sanitario integral catalán (SISCAT) puede activar una coordinación de derivación de casos a dispositivos de atención como, por ejemplo: hospital/CSMA/ CSMIJ.
2. Atención clínica especializada: en los dispositivos de emergencia se proporciona atención sanitaria urgente, por un profesional de la salud mental, del riesgo de suicidio y la presencia de otros factores biopsicosociales.
3. Seguimiento preventivo: en caso de confirmación clínica del intento de suicidio o de alto riesgo, tras el alta hospitalaria se activa el seguimiento preventivo mediante la atención especializada por el CSMA, CSMIJ, por el CAS si hay una patología dual asociada con las sustancias tóxicas, Hospital de día de

referencia, para evaluar el riesgo de suicidio y diseñar un plan terapéutico individualizado.

En el gráfico 5 podemos visualizar la estructura del registro desde la hospitalización de la persona por tentativa de suicidio, pasando por el alta hospitalaria para posteriormente vincularse con un recurso más especializado.

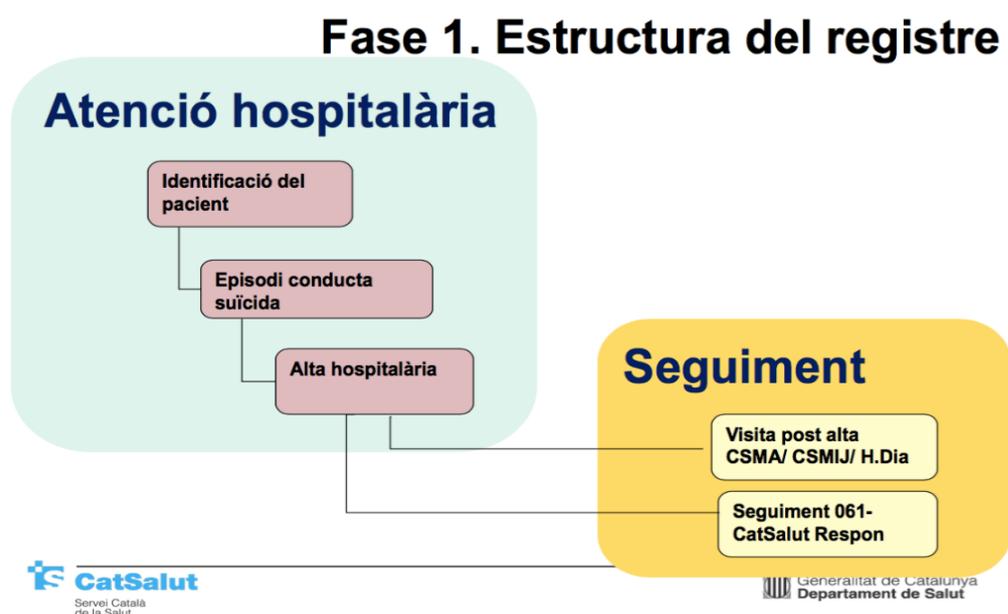


Gráfico 5. Fase 1. Estructura del registre del paciente por tentativa de suicidio. Fuente CatSalut 2021

Teniendo en cuenta la estructura del proceso por tentativa de suicidio tal y como explica CRS (2020) CatSalut, la llamada de seguimiento se enmarca de un plazo de 30 días desde el alta hospitalaria, por los servicios del 061 CatSalut Responde o del EMSE (Equip Multidisciplinari de Suport Especialitzat), para reevaluar el riesgo de suicidio, el estado de la persona, proporcionar acompañamiento y seguimiento sanitario, así como concretar la visita del recurso de atención especializada, CAS, CSMA, CSMIJ.

Las visitas de seguimiento por parte del CAS, Hospital de Día o servicio de Atención Primaria (AP) de referencia, se establecen con un periodo inicial de 12 meses para evaluar el nivel de riesgo de suicidio, controlar los factores de riesgo de suicidio. Si durante este periodo de 12 meses el riesgo de suicidio se ha estabilizado o se encuentra en un riesgo bajo se desactiva el programa CRS.

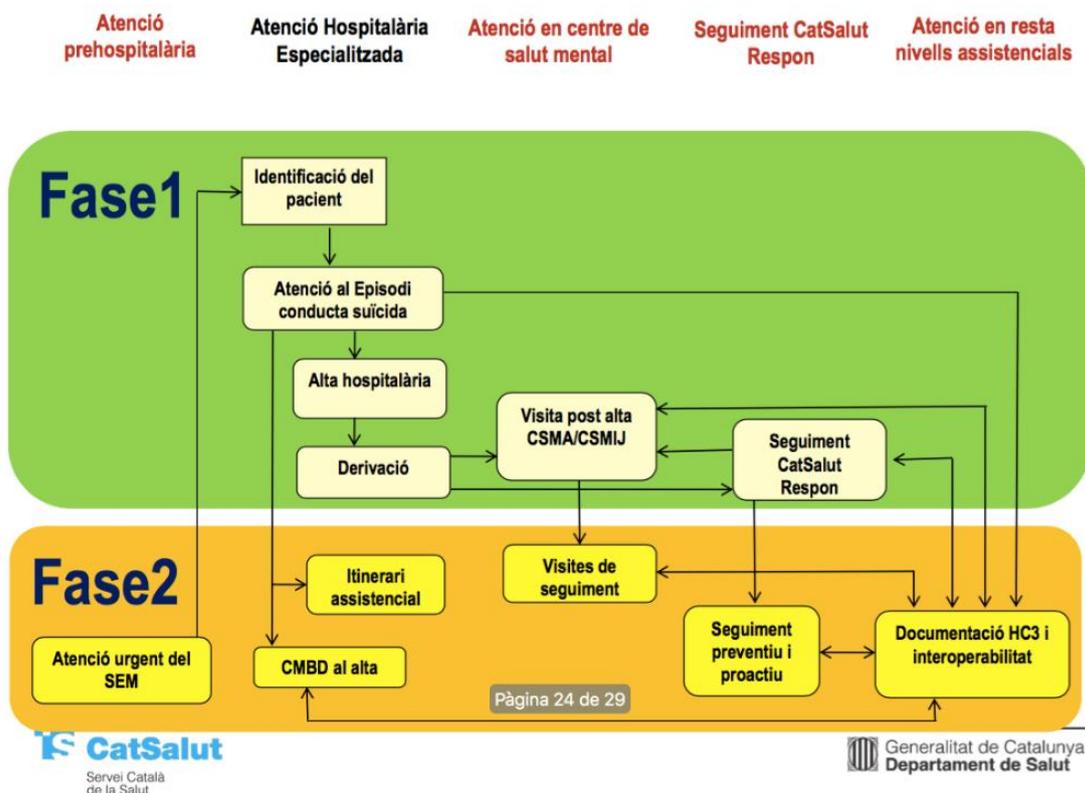


Gráfico 6. Fase 2 Nivel moderado del programa CRS. Fuente CatSalut 2021.

Tal y como se observa en el gráfico 6, en los casos de evaluación clínica especializada del riesgo (fase 2) de nivel moderado, el programa CRS establece un seguimiento preventivo periódico por Atención Primaria a través de interconsultas entre atención primaria y salud mental (psiquiatra o psicólogo clínico).

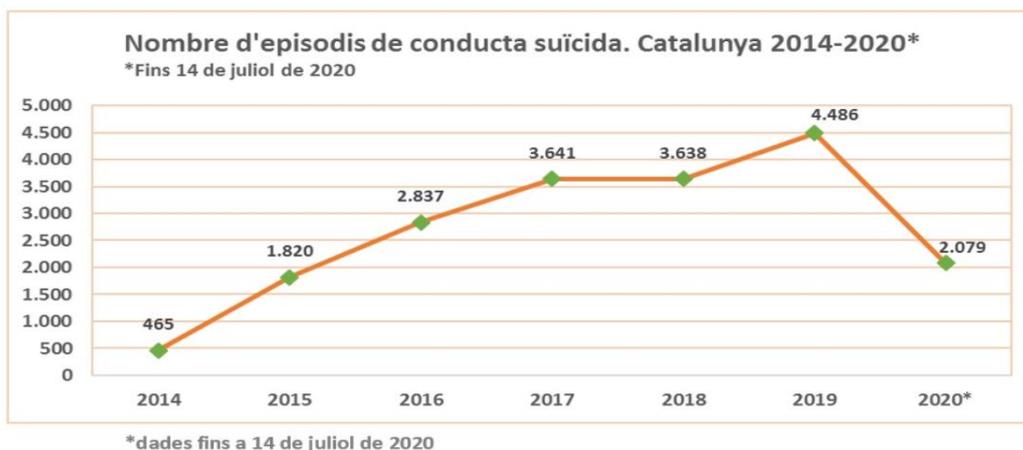


Gráfico 7. Numero de episodios de conducta suicida. Cataluña 2014.2020. Fuente ASPCAT 2021

Teniendo en cuenta el gráfico 7, extraída de ASPCAT (2021) desde la implementación del del CRS en Cataluña en el 2014 se registran un total de 16.012 de tentativas de suicidio. Este total de personas han hecho un total de 18.966 de tentativas de suicidio.

Con el CRS como herramienta y que es valorada de forma internacional ya que permite el registro de casos y el seguimiento de personas que han llevado a cabo alguna tentativa de suicidio. Estos datos son importantes ya que permite establecer prioridades, cambios en los protocolos e incluso una mayor inversión por parte del estado para mejorar los recursos destinados al acompañamiento a las personas y a sus familiares como propuesta de mejora.

El año 2019, el Código Riesgo de Suicidio registró 4.486 episodios de conducta suicida en Cataluña, realizados por 4.148 personas. El 93,1% (3.860) hizo un episodio, mientras que el 6,0% (249) hizo dos, y el 0,7% (30), tres.

En el año 2020, en el primer trimestre hay un pequeño descenso, teniendo en cuenta la epidemia de la COVID-19, no se han podido actualizar los datos. Sin embargo, el confinamiento, la pandemia han reducido el número de registros por tentativas de suicidios en el CRS.

En Cataluña, durante los últimos años se ha observado una disminución de la edad mediana en el primer episodio de conducta suicida (39,31 años en las mujeres y 42,29 años en los hombres el 2019), así como un aumento de los primeros episodios realizados por los hombres (respeto las mujeres), sobre todo cuando son menores de edad. Además, se estima que alrededor del 70% de las personas que han hecho un segundo episodio de tentativa suicida son mujeres.

Por otro lado, el Plan Director de Salud mental y Adicciones del Departamento de Salud, consciente del reto que supone desplegar sus Estrategias 2017-2020, ha priorizado una serie de acciones, que incluyen la elaboración del Plan Nacional de Prevención del Suicidio 2020-2024 (PNPSC). El plan Nacional de Prevención del Suicidio llevan un año donde lo que quieren es consolidar los protocolos asistenciales establecidos en toda Cataluña, priorizando la detección, la intervención precoz, haciendo hincapié en las políticas preventivas en salud mental y adicciones en todos los grupos de edad.

En este sentido, de acuerdo con el *Resumen del análisis de la mortalidad en Cataluña 2018* del Departamento de Salud, los suicidios son la segunda causa de muerte en las mujeres de 25 a 44 años, y la primera en los hombres de este grupo de edad. En el grupo de 15 a 24 años, tanto en los hombres como en las mujeres el suicidio es la tercera causa de muerte.

Es un problema y una prioridad de salud pública Cataluña comparte con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el reconocimiento del suicidio como una prioridad de salud pública, en cuanto que problema tal y como indican los datos de mortalidad. Según el Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT), el 2018 se produjeron en todo el país 522 muertos por suicidio.

Tal y como se extrae el RSC de Cataluña (2020) la salud pública de Cataluña reconoce la problemática del suicidio, pero no hay ningún apartado donde haga mención del papel del/la trabajador/a social en el acompañamiento a las familias por duelo por suicida. De alguna manera podemos extraer que hay medidas preventivas para el individuo, pero en ningún caso se enmarca la importancia de trabajar con el entorno y desarrollar proyectos comunitarios desde los centros de salud para erradicar el estigma y el tabú que existe en relación con estas muertes.

En el siguiente gráfico (8), se establece un listado de tareas que se han de implementar en el CRS para dar una mayor respuesta a las personas desde los recursos públicos que atienden esta problemática. En este gráfico no se observa que hay una tarea específica para familiares por duelo, ya que solo recoge las intervenciones preventivas con el individuo que hace tentativa de suicidio. En ningún caso recoge el acompañamiento a las familias y a su entorno más próximo a estos familiares que no saben cómo abordar las tentativas de suicidio. No se ve reflejado el trabajo de los profesionales sociales.

Tasques més immediates a fer

- Mapa de recursos dels diferents territoris, concreció dels fluxos entre els centres (CODIS UP)**
- Comunicació als dispositius assistencials del territori (hospitals, APS, serveis de salut mental)
- Designació dels professionals referents (territori, centre, EEP)**
- Alta dels professionals a l'aplicatiu CatSalut, segons els perfils d'accés assignats**
 1. Hospital: Psiquiatres d'urgències / unitat d'aguts (inici del procés)
 2. CSMA / CSMIJ / H.Dia que fa el seguiment
 3. 061 CatSalut Respon (seguiment telefònic a 30 dies)
 4. Perfil Mixt (psiquiatres que comparteixen atenció urgent hospitalària + CSM/ H. Dia). **Cal identificar-los en base a cada UP**
 5. Perfil administratiu dels centres de seguiment (CSM / H. Dia)
 6. Gestor (professionals referents Pàgina 28 de 29 S). Seguiment i avaluació

En el gráfico 9 podemos observar cómo se ha hecho un trabajo de investigación por parte de la salud pública para ver que errores en la atención hospitalaria se pueden mejorar hacia las personas que han hecho tentativa de suicidio. Como en la anterior grafica no se ve ningún aspecto relacionado con el entorno más próxima a la persona con tentativa de suicidio por parte de ningún profesional social, hecho que pone de manifiesto que es necesario este papel a desempeñar por el trabajador/a social en el ámbito sanitario.

Aspectes clau a resoldre en l'atenció hospitalària

- Habilitar un telèfon directe de contacte**, que faciliti la comunicació per part del SEM quan es produeix un trasllat
- Establir els procediments interns adequats** per garantir l'atenció dels pacients "preactivats" en les condicions òptimes de seguretat (triatge, atenció directa sense esperes no supervisades, atenció familiar...)
- Accés al registre sanitari des de les estacions de treball dels professionals**
- Comunicació interna de dades clíniques quan el pacient ingressa en servei no psiquiàtric**: Assegurar visita d'interconsulta amb el psiquiatre, prèvia a l'alta, per registrar casuística i activar el seguiment. Comunicació d'èxits a psiquiatria a efectes de registre en l'aplicatiu CRS
- Connexions internes via webservices, per retroalimentar la documentació: H^oC, informe d'alta, declaració CMBD urgències...

Página 29 de 29

Gráfico 9. Aspecto que resolver en la atención hospitalaria en RSC. Fuente RSC 2021

El *Programa N'Viu (2021)* se basa en un programa de prevención con un trabajo grupal por parte de los técnicos penitenciarios. Donde existe una muestra inicial, compuesta por un total de 70 sujetos, no presenta diferencias significativas entre el grupo intervención y el grupo control, y demuestra la aleatoriedad de la selección. Las variables que se han comparado son variables personales, penales y penitenciarias. Tenemos un total de 49 hombres, 22 en el grupo de intervención y 27 en el grupo control. Un total 21 mujeres, 6 en el grupo de intervención y 15 en el grupo control.

Utilizando como herramienta RisCanvi que se puso en marcha en los centros penitenciarios catalán en 2010, donde contiene una lista de factores de riesgo específicos donde lo que se quiere evaluar es el riesgo de violencia con uno mismo y que los técnicos puedan tomar decisiones. El valor de estos resultados puede ser bajo, medio, alto, esto dada una predicción del riesgo de suicidio.

La escala de RisCanvi está formada por 43 factores, agrupados en las siguientes áreas: criminales, personales, biográficas, sociales y familiares, clínicas y de personalidad, solo se pasa esta ha escalas a reclusos/as con comportamientos violentos detectados.

Según Leindorf, C & Schoelerman, R (2017), en el estudio Group Intervention Program las intervenciones grupales constatan que son eficientes y eficaces. Remarcan la importancia de una mayor implementación de intervenciones grupales para el entorno penitenciario, dirigido para diferentes grados de problemas de Salud Mental.

En ningún caso recoge la importancia de un acompañamiento a las familias una vez la persona se ha suicidado. Se trabaja la prevención del suicidio, pero obviando a la familia y el entorno más próximo al individuo. Falta protocolos que tengan en cuenta el acompañamiento familiar por parte de las instituciones, más allá de la comunicación del fallecimiento. No hay un circuito específico para acompañar este tipo de duelo más allá del psicólogo o en psiquiatra.

La estructura de este programa se basa en grupos de intervención psicoeducativa formado por 10 %12 reclusos/as, conducido por un psicólogo/a y un educador/a social. Dichos técnicos reciben una formación de 10 sesiones para por conducir estos grupos sobre el suicidio.

Teniendo en cuenta la investigación que estoy desarrollando en el trabajo y la especificidad de la problemática tan compleja como es el suicidio, dicho programa debería contar con técnicos con una mayor formación y que hubiera un seguimiento con su exterior para cuando finalice la condena, que pudiera haber un acompañamiento por el entorno. Ya que en mucho de los casos el entorno esta desconectado de la realidad del individuo y no sabe cómo relacionarse con ellos, por lo que es preventivo hacer este trabajo familiar y comunitario.

Tal y como he podido extraer de los dos protocolos, la muerte por suicidio es una problemática social, que preocupa a nivel global y que las políticas como los programas son a nivel de prevención primaria en conductas suicidas. Es decir, hay un vacío de programas y políticas sociales para hacer el acompañamiento a las familias y a su entorno. Estas personas han de dirigirse al médico de cabecera, donde le tendrá que explicar lo sucedido y hacer derivación al psicólogo / psiquiatra del CAP, para un seguimiento por un trastorno mental, como es la depresión. No hay un acompañamiento social por parte del trabajador/a social para hacer grupo de ayuda dentro del CAP como una medida preventiva y un trabajo comunitario para erradicar la estigmatización y generar red social donde la persona pueda tener un espacio de apoyo, más allá del farmacológico o el social.

6.2. Asociaciones y Fundaciones que acompañan en el duelo por suicidio

En este apartado veremos asociaciones y fundaciones que acompañan a familiares y al entorno en el proceso del duelo por suicidio, en todas ellas son voluntarios o personas que han transitado por el mismo hecho traumático. No hay profesionales del ámbito social dentro de las asociaciones, los cuales puedan hacer este acompañamiento ni generar herramientas nuevas en estas familias para el acompañamiento del duelo y trabajar en el ámbito comunitario con el estigma y el tabú del duelo.

Seguidamente veremos diferentes asociaciones que hacen el acompañamiento a estas familias y entorno una vez se ha suicidado.

Son las siguientes:



Fundación Americana para la Prevención del Suicidio (AFSP) Ayuda a conectar a tu ser querido con otros sobrevivientes de pérdida de suicidio a través del Día Internacional de Sobrevivientes de Pérdida de Suicidio, el programa conversaciones curativas de AFSP y los grupos de apoyo al duelo. El objetivo de esta asociación es que las personas no se sientan tan solas a la hora de elaborar el duelo por suicidio y generar un espacio apropiado para los supervivientes.



Bideginduelo: Es una organización que nace en 2011. Es más generalizada; puesto que no solo se dedica a temas del suicidio sino, que se dedica a tratar temas de luto y de enfermedades. Está formada por un grupo de profesionales (psicólogos) pero quién gestiona la asociación es un grupo grande de voluntarios.



DSAS: Nace en 2012 a través de Cecilia Borrás. Con la finalidad tal como dicen ellos: de generar un espacio por el acompañamiento y el apoyo en el luto de los supervivientes en la muerte por suicidio. También nace con la esperanza de contribuir a un cambio en la forma de habla del suicidio y de sus terribles consecuencias. Es una entidad sin ánimo de lucro

y con la idea de crear un ambiente / lugar de confianza por las personas y que ayude a un cambio social para poder fiero más habitual el tema del suicidio y que las personas que hayan vivido una situación así se puedan sentir cómodas diciéndolo y poderlo hablar.

Hay otras asociaciones a nivel preventivo en conductas de suicidio como son: el teléfono de la esperanza, El programa de Prevención del suicidio del hospital Clínico, Programa de prevención del suicidio Infantil-juvenil, Red AIPIS (Asociación de Investigación y Prevención e Intervención del Suicidio) y ACPS.

La muerte por suicidio tiene un marcado efecto emocional sobre las personas del entorno. Los familiares, los amigos y los médicos pueden sentirse culpables, avergonzados o con remordimientos por no haber sido capaces de prevenir el suicidio. También pueden sentir rabia o ira con respecto a la persona que se ha suicidado. Con el tiempo comprenderán que no podrían haberlo evitado.

A veces terapeutas o grupos de autoayuda colaboran para resolver los sentimientos de culpa o de pesar de la familia y de los amigos. El médico de atención primaria o el servicio local de salud mental (por ejemplo, a nivel municipal o estatal) pueden ayudar a encontrar estos recursos. Además, organizaciones nacionales de algunos países, como American Fundación for Suicide Prevention (en EE. UU) mantienen en funcionamiento directorios de grupos locales de apoyo. También se encuentran recursos disponibles en internet.

El efecto que tiene sobre el entorno la tentativa de suicidio es semejante. Sin embargo, los familiares y amigos cuentan con la posibilidad de manejar mejor sus sentimientos al responder de forma apropiada a la petición de ayuda que la persona está haciendo.

8. Conclusiones

Después de llevar a cabo la elaboración de los apartados anteriores y la búsqueda de información para poder desarrollar cada uno de los aspectos de investigación puedo decir que falta integrar todas las disciplinas profesionales dentro del concepto biopsicosocial de las de las personas que sufren un hecho traumático para dar una mejor calidad de vida sin provocar una ruptura mayor con su vida anterior.

He podido observar que aún prevalece la parte médica en el diagnóstico, tratamiento de la persona y la parte social queda en un segundo plano, sin ser conscientes de la importancia de los factores sociales y de la necesidad del acompañamiento a lo comunitario para trabajar de forma transversal todos los factores que incluyen en el individuo y que genera la necesidad de quitarse la vida. No hay planes de acción específicos, pero si teorías sobre la relación social y el acompañamiento en el duelo dentro del ámbito comunitario. En el ámbito salud pública donde los profesionales clínicos acompañan en la elaboración de duelos, el profesional social, como sería el trabajador/a social, no hace ningún tipo de intervención ni de forma individual, ni comunitario ni familiar para el acompañamiento del duelo por suicidio. De esta manera ni la sociedad, ni los familiares se pueden enriquecer de nuevos espacios generados por el profesional social. El cual podría desarrollar nuevas estrategias con la familia y la comunidad para transitar por el tabú y es estigma que supone la pérdida de un familiar por suicidio. Esta falta de acciones públicas las está cubriendo las diferentes entidades sin ánimo de lucro, donde intentan generar un espacio de acompañamiento y hacen un trabajo comunitario para dar respuestas a las nuevas necesidades que surgen a las familias y el entorno más próximo.

Los trabajadores sociales han adquirido un alto rol burocrático de sus funciones que ha creado una limitación asistencial, es decir, se centran en tramitar documentación, ayudas, y derivaciones de un recurso a otros recursos especializados como son los centros de rehabilitación psiquiátrica, pero están perdiendo la parte de relación con los familiares y pacientes. La parte humana para poder acompañar en la transición a las personas por la nueva situación a la que se enfrentan y que genera un mayor nivel de estrés, se podría que esta parcela de intervención está siendo la menos prioritaria para los equipos multidisciplinares. Tal y como Ituarte ([1995] (2001) describe en el *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico* el trabajador/a social es el

profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el

tratamiento de los factores psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas (p.23).

Teniendo en cuenta la cita de Ituarte (2001), el trabajador/a social debería tener un papel dentro de la sanidad pública donde poder dar una respuesta a las necesidades surgidas a las familias y al entorno más próximo, para que la pérdida que han sufrido la puedan transitar y recomponer la vida.

Dentro de los centros de rehabilitación psiquiátricos, la función de los trabajadores/as sociales adecuan sus intervenciones teniendo en cuenta a la persona y su entorno, ya que su objetivo es desarrollar las capacidades psicosociales para abordar las situaciones personales, pero no tienen espacios para acompañar a las familias una vez la persona ha llevado a cabo “con éxito” el suicidio.

Podemos observar cómo en muchos casos el rol profesional es de agente de control, donde observamos que hacen visitas domiciliarias, cumpliendo protocolos y funciones para analizar, observar y valorar el estado de la vivienda de la persona juzgando el cómo vive según una perspectiva profesional sin tener en cuenta a la persona y su visión personal.

Ha de haber un trabajo más íntimo y profesional con la persona, en este punto integramos los valores y creencias de la persona para ver cómo ayudarle a transitar por la nueva situación sin imponer nuestra visión como profesional.

Tal y como explica Han (2013), la sociedad de la transparencia constituye una imposición de revelarse, con la condición de exponer solo lo que es positivo, expone lógicamente parte de la verdad o mentiras. Se crea un patrón de información en las redes sociales, en una cruel nivelación de la diversidad, que expulsa la negatividad de la vida y crea un mundo perfecto, inalcanzable y falso. Por mucho que una persona tenga una posición crítica sobre este fenómeno, puede sentirse más triste o frustrado después de unos minutos al ver el éxito de la vida de sus contactos en las redes sociales. Este sentimiento puede alimentar lo que Han llama la Sociedad del Rendimiento, cuando los individuos son disciplinados por la autoexigencia, sé los anima a creer que su éxito

depende solo de ellos mismos, así como de la propagación de la frase "You Can" en distintas publicidades. Predispone a la sociedad al cansancio, al estrés, al sufrimiento mental.



Ilustración 2. Sociedad Empowerment. Fuente Google

Este proceso de evaluar cómo fuimos contruidos es válido para ver que nuestras creencias y valores pueden haber sido alimentados por ideas que no son congruentes con lo que realmente somos, pero, podemos seguir actuando por su influencia o por tradición o alienación, esta actitud sea consciente o inconsciente conduce a la enfermedad.

Con base en esta discusión, es importante facilitar la comprensión del sentimiento de culpa y responsabilidad, ayudando a notar que la culpa se refiere a un sentimiento de auto devaluación y luego parálisis; a través de la responsabilidad, se reconocen los deberes y responsabilidades y moviliza acciones.

Por otro lado, es necesario trabajar a nivel individual y a nivel comunitario a través del paradigma de la salud mental colectiva: el fortalecer la capacidad de resolución de conflictos, la habilidad emocional y relacional (identificar sentimientos / pensamientos y expresarlos, la capacidad de establecer límites, la capacidad de aceptar ayuda, entre otros), facilitar que conecte con su sentido de vida, lo que lo llevará a encontrar su lugar en el mundo, donde podrá sentirse útil y feliz. Con esta problematización, abordamos los valores de la promoción de la salud que puntúa el riesgo en las intervenciones de salud, tanto en la influencia de la "tiranía del individuo" como de la "tiranía del colectivo".

Según la OMS en el mundo, sólo treinta y ocho países tienen un plan nacional de prevención del suicidio, en el planeta, la ONU reconoce a ciento noventa y tres países, lo que nos muestra que en el 80% de los países no hay una política pública adecuada.

En España, encontramos algunas estratégicas autónomas en Galicia, País Vasco, Valencia y Castilla de la Mancha. En Sevilla, no existe una estrategia gubernamental, sino iniciativas aisladas como en la ONG "El Teléfono de la Esperanza". Nos enfrentamos claramente a la falta de intervenciones en el mundo, pero, como en España, hay otros países con iniciativas aisladas similares. Así, encontramos el "Inédito Viable": la idealización de una acción de Política Pública de Prevención de Suicidio que involucre a todos los sectores, salud, educación, servicio social, jurídico.

Teniendo en cuentas los protocolos, la respuesta que dan las fundaciones o asociaciones, desde las políticas sociales y desde la profesión del trabajador/a social, se ha de luchar por una implementación dentro de la Sanidad Pública para la creación de Grupos de Ayudas acompañados por profesionales sociales donde se genere un espacio de apoyo para las familias y su entorno. También se ha de trabajar para un implementar intervenciones en la comunidad para erradicar el estigma de estas familias y que el propio entorno ayude en la transición del proceso del duelo. Uno de los estigmas asociados a esta problemática es la búsqueda de ayuda para hacer frente a los problemas emocionales. Es decir, a día de hoy sigue estando el estigma que pedir ayuda o ir al psicólogo, algún profesional relacionado con la salud emocional es de estar "loco", en vez de verlo como una fortaleza para poder desarrollarse con uno mismo de una forma más sana.

Las políticas se han centrado en la prevención de las conductas suicidas y teniendo en cuenta la historia del suicidio es un logro, pero la sociedad no se puede parar en este punto y ha de seguir trabajando para dar una mayor respuesta esta problemática mundial. No solo podemos intervenir con la parte individual de la persona, ya que nos olvidamos del trabajo social familiar y comunitario que están imprescindible para generar cambios sociales. En este punto se ha de mencionar que la prevención del suicidio y la investigación sobre el suicidio no han recibido la inversión financiera y humana que es tan necesaria para poder abarcar esta problemática desde una perspectiva integral por parte de los profesionales.

9. Bibliografía

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Animaux, C (2020). *La leyenda del hilo azul*. Ed Hidroavión.
- Arredondo, R. (2013.) *Diccionario Práctico de Trabajo Social*. Colegio Oficial de Trabajo Social de Málaga. Málaga.
- Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P. A., & Saiz Ruiz, J. (2012). *Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 8-23.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). *A global perspective in the epidemiology of suicide*. *Suicidologi*, 7(2), Article 2, 6-7.
- Bowlby, J. (1973). *El Apego y la Pérdida. Vol. II, Separación*. Paidós, Barcelona.
- Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Edición Paidós Barcelona.
- Caceda, R. (2014). *Suicidal behavior: Risk and protective factors*. *Revista de neuro-psiquiatría*, 77, 3-18.
- Calvo, V. G. (2006). *Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias*. VI Congreso de escuelas universitarias de Trabajo Social.
- Cárcer, A. N. A. de. (2017). *La atención de situaciones de final de vida desde el trabajo social*. *RTS: Revista de treball social*, 210 37-53.
- Carvalho. (2004). *Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de promoção de saúde*. *Caderno Saúde Publica*.
- Cassaretto, M. &. (2012). *Razones para vivir en jóvenes adultos: validación del RFL-VA*. *Rev. de psicología*. vol. 30.
- Cirulnik, B. (2014). *Cuando un niño se da" muerte "*. Ed. Gedisa.
- Cohen Agrest, D. (2007). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Ed FCE.

- Colom, D., (1998). *De la ética celestial a la ética en casa, pasando por la oficina*. Revista de Servicios Sociales y Política Social. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. Ética en la Intervención Social, nº 41.
- Cordoba. (2008). *Logoterapia y bioética en la intervención clínica del suicidio*. Revista CES psicología, vol.1.
- Critchley. S (2016). *Apuntes sobre el suicidio*. Ed Héroes Modernos.
- Donne J. ([1572–1631] 2020). *The Ethics of Suicide Digital Archive*. Biathanatos
- Ducan. (2007). *Trabajar con las emociones*. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. vol 2, 39-49.
- Elster, J. (2001). *Sobre las pasiones. Emoción, adicción y conducta humana*. Ed. Paidós.
- Émile Durkheim ([1897]) *El suicidio*. Editor digital: Titivillus.
- Escartín Caparrós, M^a. J., (1994). *Manual de Trabajo Social*. Editorial Aguaclara.
- Espina, A (1995). *El enfermo terminal. Asistencia a la familia y el proceso de duelo*. Cuadernos de terapia familiar.
- Fleischman, A. B. (sin fecha). *Dossier OMS. Prevención del suicidio: la necesidad de integración y cooperación*. Departamento de Salud mental y abuso de Substancias Psicoactivas. organización Mundial de salud. Ginebra, Suiza.
- Frankl, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- García-Viniegras, C. R. V., & Pérez Cernuda, C. (2013). *Duelo ante muerte por suicidio*. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 12(2), 265-274.
- Generalidad de Cataluña. Departamento de Justicia (2020). *Intervención psicoeducativa para personas con conducta suicida en el medio penitenciario, Proyecto N'Viu*. Departamento de Justicia.
- Generalidad de Cataluña. *Departamento de Salud (2015). Programa CRS*. (Codi Risc: Pla d'implamantació). CatSalut.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Defunciones por muertes violentas por sexo y grupos de edad*. Institut d'Estadística de Catalunya. <https://www.idescat.cat>

- Gobierno de España. Ministerio de Sanidad (2020). *Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación. Manual de apoyo para sus profesionales*. Ministerio de Sanidad
- González, G. B., Parra, J. A. C., & Gaviriahincapié, J. M. (2014). *Intento de suicidio e ideación suicida y su relación con los aspectos significativos de la vida universitaria es estudiantes universitarios colombianos*. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 14(1), 10-14.
- González, V. (2006). *Trabajo Social Familiar e Intervención en Procesos de Duelos con Familias*. En *Actas del VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social*. Zaragoza.
- Granda, E. ([2003] 2021). *A qué llamamos salud colectiva, hoy*. *Revista Cubana de Salud Pública* (p.30).
- Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, (2006). *Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España*. Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios. Instituto Municipal de Investigación Médica. Barcelona. doi: 10.1157/13086324.
- Heraz, G. &. (1989). *La intervención o prevención secundaria del suicidio*. *Salud Mental*, vol. 12.
<https://journals.vio.no/index.php/suiciodologi/article/view/230>.
- Instituciones penitenciarias (2011). *Guía para la promoción de la Salud Mental en el medio Penitenciario*. Ministerio del Interior.
- Ituarte Tellaeché, A. (1995). *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico*. Editado por Siglo XXI. Colección Trabajo Social nº 2.
- Jiménez, J., Martín, S., Pacheco, T., & Santiago, P. (2014). *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida*. Madrid Salud.
- Kubler-Ross, E. (1998). *La muerte, un amanecer*. Ed. Luciérnaga.

- Leidenfrost, C.M.; Schoelerman, R. M.; Maher, M.; Antonius, D (2019). *The Development and efficacy of a group intervention program for individuals with serious mental illness in jail*. *Int J Law Psychiatry*, p.54.
- Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986. BOE. 101/1986 / 29-04-1986.
- López, A., & García-Fernández, D. (2015). *Suicidio y libertad de información: Entre la relevancia pública y la responsabilidad*. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 70. <https://doi.org/10.15198/seeci.2015.38.70-114>
- Mětrovíc, S. G. (1988). Emile Durkheim: An Introduction to Four Major Works by Robert Alun Jones. *Sociology of Religion*, 49(3), 312-314. Beverly Hills, CA: Sage Publications <https://doi.org/10.2307/3711598>
- Ministerio de Ciencia e Innovación (2012). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Madrid.
- Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Código Penal. (2019). *Derecho penal y procesal penal*. Editorial BOE.
- Ministerio del Interior. *Mortalidad en Instituciones Penitenciarias (2017)*. Boletín epidemiológico de Instituciones Penitenciarias. Versión de enero 2019.
- Miró i Coll, M^a T. (2008) *L'intent de suïcidi en el nen i l'adolescent*. ISBN: 978-84-6917-413-5
- Moron, P. (1975). *El Suicidio. ¿Qué sé?* Buenos Aires, Publicaciones Cruz O.S.A.
- NOVELLAS, A. (2017). *La atención de situaciones de final de vida desde el trabajo social*. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, abril de 2017, n. 210, páginas 37-53. ISSN 0212-7210.
- O'Connor, R. C., & Kirtley, O. J. (2018). *The integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour*. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373(1754), 20170268. <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268>

- OMS (2014). *La prevención del suicidio: Un instrumento para los médicos generalistas*. WHO; World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Informe de la Secretaría (132.ª reunión. Punto 6.3 del orden del día provisional). Ginebra.
- Parkes, C. M. (1988) *Bereavement as a Psychosocial Transition: Processes of adaptation to change*. J. of Social Issues.; art .3, 53-65.
- Pereira, R. (2002). *Duelo: desde el punto de vista individual al familiar*. Sistemas Familiares, 1-2; 48-61.
- Pérez Jiménez, J C (2011). *La mirada del Suicida. El enigma y el estigma*. Ed P y V.
- Quijada, R. A., Rivas, F. C., Benítez, A. M. G., Ibáñez, M. M., Martín, I. O., & Arjona, M. R. (2013). *Diccionario práctico de trabajo social*. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social de Málaga. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=789195>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE nº 222/16-09-2006.
- Sarasola, J. L., Cárdenas, M. del M. M., & Andrada, A. V. (2016). Suicidio y Trabajo Social. *IJERI: International journal of Educational Research and Innovation*, 6, 46-57.
- Savage, J.A. (1992). *Duelo por las vidas no vividas*. Luciérnaga. Barcelona.
- Suelves, J. M., Robert, A. (2012). *La conducta suicida: una mirada desde la salud pública*. Revista Española de Medicina Legal. 38 (4),137-142.
- Tápia, A. ([1900] 2016): *Los Suicidios en Cataluña y en general en toda España*. Antique Reprints
- Tellaeché, I. (1992). *Procedimiento Y Proceso En Trabajo Social Clínico*. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Villar F, Castellano C, Sánchez B, Verge M, Blasco T (2017). *Perfiles psicológicos del adolescente con conducta suicida*. Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1, 7-18.

- Villar-Cabeza F, Esnaola-Letemendia E, Blasco-Blasco T, Prieto-Toribio T, Vergé-Muñoz M, Vila-Grifoll M, Sánchez-Fernández B, Castellano-Tejedor C (2018). *Análisis dimensional de la personalidad del adolescente con conducta suicida*. Actas Españolas de Psiquiatría, 46, 104-111.
- Worden, J. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós, Barcelona.

Webgrafía:

- Alastuey, C. (2015). DSAS. Después del suicidio asociación de Supervivientes. www.despresdelsuicidi.org
- Altet, J. & Boatas, F. (2021, 15 de enero). *Reacciones de duelo*. http://www.revistahospitalarias.org/info_2000/01_159_02.htm
- *Comitè de Bioètica de Catalunya*. (2021, 23 de enero). CatSalut. <http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/el-sistema-de-salut-de-catalunya/ambits-dactuacio/comite-de-bioetica-de-catalunya/>
- Defunciones según la causa de muerte (2020, 19 de diciembre). INE <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
- *Duelo ante muerte por suicidio*. (2013).
- *El Codi Risc Suïcidi de Catalunya registra prop de 19.000 episodis de conducta suïcida en sis anys*. (2021,16 de enero). Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). <http://salutpublica.gencat.cat/ca/detalls/Article/El-Codi-Risc-Suicidi-de-Catalunya-registra-prop-de-19-00002.000-episodis-de-conducta-suicida-en-sis-anys>
- *EL PAÍS* (2020, 19 de diciembre). *Teléfono contra el suicidio, ¿dígame?*.
- *EL PAÍS* (2020, 19 de diciembre). *Mama y papas, ¿Qué hay detrás del suicidio de un adolescente?*. https://elpais.com/elpais/2019/02/27/mamas_papas/1551263041_876247.html

- *El suicidio provoca en España más muertes que accidentes de tráfico, laborales y homicidios juntos* (2021, 20 de enero).
- Enríquez, M. (2021, 15 de enero). Duelo ante muerte por suicidio. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2013000200014&script=sci_arttext
- *Facebook presenta herramientas para prevenir el suicidio | RPP Noticias* (2021, 16 de enero). <https://rpp.pe/tecnologia/mas-tecnologia/facebook-presenta-herramientas-para-prevenir-el-suicidio-noticia-773142>
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2013000200014&script=sci_arttext
<http://serviciosocialesypoliticassocia.com/>
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
https://elpais.com/politica/2018/04/16/actualidad/1523881140_071102.html
<https://www.humanium.org/es/enfoques-tematicos/salud/suicidio-infantil/>
https://www.lainformacion.com/asuntos-sociales/el-suicidio-provoca-en-espana-mas-muertes-que-accidentes-de-trafico-laborales-y-homicidios-juntos_maph9kpregzydh8e3tsux7/
<https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/pdf/guiadeayudasparalafamilias2019.pdf>
- Humanium (2021, 19 de enero). Suicidio infantil.
- INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT, (2013). Carta de serveis de Treball Social Sanitari (2021, 23 de enero) <https://treballsocialsanitariics.files.wordpress.com/2013/06/carta-serveis-ts.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2020). Servicios Sociales Familias e Infancia. *Ayudas a las familias y la infancia*.
- OMS (2020, 19 de diciembre). Prevención del suicidio (SUPRE). WHO. World Health Organization.

- OMS. (2021, 15 de enero). Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Protocolo SUPRE_MISS. Ginebra.
 - OMS. (2021, 15 de enero). Prevención del suicidio. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
 - Pérez, S. (2021, 15 de enero) El duelo por un suicida. Características y manejo. http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/el-duelo
 - Reacciones de duelo (2021, 22 de enero). Revista hospitalaria., http://www.revistahospitalarias.org/info_2000/01_159_02.htm
 - Sistemas, N. (2021, 15 de enero). *Ética en la Intervención Social*. Sitio web Revista Servicios Sociales y política Social.
 - *Was ist eine Freitodbegleitung?* (2021, 16 de enero). EXIT - Deutsche Schweiz. <https://exit.ch/freitodbegleitung/was-ist-eine-freitodbegleitung/>
- WHO. World Health Organization (2021, 16 de enero). Temas de salud, suicidio. en: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>

10. Acrónimos (Glosario)

SISCAT: Sistema Sanitario Integral de utilización pública de Cataluña

CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil

CSMA: Centro de Salud Mental de Adultos

CAS: Centros de Atención y Seguimiento a las drogodependencias

EMSE: Equipo Multidisciplinar de Apoyo Especializado

AP: Atención Primaria de salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

IDESCAT: Instituto de estadísticas de Cataluña

INE: Instituto Nacional de Estadísticas

CRS: Código Riesgo Suicidio

PNPSC: Plan Director de Salud mental y Adicciones del Departamento de Salud

ASPCAT: Agencia de Salud Pública de Cataluña

LOPD: Ley Orgánica de Protección de Datos.

“Monstruos:

Cuando tengas miedo,

recuerda:

no siempre hay que cerrar la puerta

para que no entren los monstruos.

A veces, hay que abrirla

Para que puedan salir.”

Coco Animaux (2020)