

Prevención del suicidio. Una mirada social desde la atención a grupos vulnerables. Experiencias desde Diaconía España

Esteban Buch Sánchez. PhD. en Trabajo Social. Coordinador General Diaconía España. .

Cristina Yebra Gómez. Especialista en prevención del suicidio. Coordinadora del proyecto Zoé (prevención del suicidio), Diaconía España.

Vilma Hidalgo López-Chávez. PhD en Psicología. Técnica de Proyectos de Diaconía España.

Puedes encontrar a Esteban Buch en LinkedIn, Google Académico y ResearchGate; a Cristina Yebra en LinkedIn y a Vilma Hidalgo en LinkedIn y ResearchGate.

Introducción

Son muy limitadas las iniciativas sociales que aborden la prevención del suicidio como un objetivo de la intervención con personas y colectivos en situación de vulnerabilidad. La comprensión del suicidio se ha complejizado en el ámbito de la construcción de conocimiento científico; pero en la práctica profesional, persiste como un problema de salud, a solucionar desde perspectivas disciplinares que fragmentan un fenómeno que es de naturaleza multidimensional, donde confluyen múltiples factores en relación y sobre el cual, las desigualdades sociales, las condiciones de pobreza, exclusión social y situaciones de vulnerabilidad, tienen una notable y reconocida influencia.

En ese sentido, durante la experiencia de trabajo en Diaconía con personas y

colectivos en situación de vulnerabilidad se ha identificado la necesidad de la cuestión del suicidio como una problemática que necesariamente debe estar presente en las estrategias de intervención en el ámbito de la acción social.

Determinantes sociales de riesgo de suicidio en grupos socialmente vulnerables

De acuerdo con lo anterior, es necesario abordar el suicidio desde las problemáticas que rodean a las personas en condición de vulnerabilidad. Estudios realizados en diversos países han demostrado que en los períodos de crisis e inestabilidad económica se tienden a intensificar los indicadores de suicidio. Entre otros, se hace referencia a la cronificación de la pobreza, los desahucios, ejecuciones hipotecarias, migraciones forzosas, la falta de vivienda accesible, la precariedad laboral y el desempleo de larga duración (Navarrete, Herrera y León, 2019). El impacto emocional de estas circunstancias trae aparejado vivencias asociadas al sufrimiento, la desesperanza, la pérdida del control sobre la vida, el quiebre de proyectos futuros y con ello, experiencias subjetivas desencadenantes de alteraciones emocionales y conductas de riesgo que pueden precipitar el acto suicida.

Otros estudios registran una fuerte correlación entre el desempleo de larga duración y los factores de riesgo de suicidio. Crawford y Prince (1999), constataron el aumento de las tasas de suicidio en jóvenes hombres desempleados que vivían en condiciones de extrema privación social. Por su parte, Nordt, Warnke, Seifritz y Kawohl (2015), tras analizar los datos de 63 países de todo el mundo en el año 2000 y 2011 evidenciaron que una de cada cinco personas que se quita la vida, lo hace por causas relacionadas con el desempleo, aunque este comportamiento tiene diferente impacto y grados de expresión según el entorno. En términos porcentuales, The Lancet Psychiatry (2011), estimó que el aumento del riesgo relativo asociado al desempleo oscila entre un 20%-30%.

Esta relación entre factores de exclusión y riesgo de suicidio también ha sido constatada desde la experiencia de Diaconía en la atención con colectivos en

situación de vulnerabilidad, específicamente con mujeres víctimas de trata y explotación sexual, solicitantes de asilo y protección internacional y personas migrantes, personas en situación de sinhogarismo. Es necesario resaltar que sobre este tema la producción del conocimiento ha sido limitada. Por lo general, la literatura profundiza en los efectos de las desigualdades sociales y situaciones de exclusión sobre la salud mental, relegando a un segundo plano al suicidio como objetivo central de investigación.

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia de género se encuentra detrás del 25% de los suicidios de mujeres y el riesgo de ideación suicida es hasta 12 veces superior en las mujeres la vivencian. Este comportamiento resulta relevante cuando se conoce que, en España, entre un 15 y un 20 por ciento de las mujeres ha sido víctimas de violencias y de ellas, un 60% presentan problemas psicológicos graves o moderados. Un estudio realizado sobre esta problemática demostró que el 80% de las víctimas de violencia de género habían pensado en el suicidio como única opción de salir de su situación y que, de ellas, un 65% había tenido uno o más intentos autolíticos (*Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005*).

Para las víctimas de trata y explotación sexual, los factores de riesgo se agravan, pues experimentan situaciones de extrema violencia psicológica, física, sexual, aparejado a coerciones y amenazas que atentan contra la libertad y dignidad de las mujeres. Se estima que, en España, un total de 45.000 mujeres y niñas se encuentran en situación de prostitución, de las cuales el 90 y el 95 por ciento de ellas son víctimas de trata (Ministerio del interior, Gobierno de España, 2021). El sufrimiento generado ante una exposición constante a situaciones atemorizantes, con pérdida del espacio de seguridad, desencadena, con frecuencias, problemáticas asociadas a crisis de ansiedad aguda y cronificada, estrés postraumático, trastornos del sueño, episodios disociativos.

En cuanto a los colectivos migrantes, como todo proceso de transición, la migración constituye un periodo de desequilibrio personal y familiar, que implica cambios vitales profundos y disruptivos, con alta carga de estrés e incertidumbre. Si bien, no existe una relación directa entre la migración, el suicidio y las enfermedades mentales, la tensión cotidiana que supone el proceso de

adaptación, aparejado al desconocimiento del ambiente y a las barreras propias del lugar de destino, puede desencadenar situaciones que atentan contra la salud e integridad psicosocial de la persona migrante. La acumulación de factores de riesgo aumenta ante condiciones de exclusión social, vivencias discriminatorias, carencia de redes de apoyo social, barreras de acceso a los servicios básicos, situaciones de irregularidad y duelo migratorio.

A los factores de riesgo antes mencionados, podrían sumarse otros relativos al trauma psicológico de haber experimentado conflictos violentos en sus lugares de procedencia, la incertidumbre en cuanto a la situación administrativa y los plazos para su resolución y en algunos casos, los niveles de estigmatización y discriminación en las comunidades receptoras. Estos factores de riesgo tienden a agravarse en las personas solicitantes de asilo y protección internacional, quienes, por lo general, han vivido situaciones traumáticas en sus lugares de procedencia. Una investigación realizada en la Unidad de Conducta Suicida UPII Cicerón, identifica que un 16% de las personas refugiadas y desplazadas por las guerras tiene ideas de suicidio.

La relación entre suicidio y factores de exclusión social también queda patente en las personas que se encuentran en situación de sinhogarismo, fenómeno que ha crecido en un 24,5% en los últimos diez años. En referencia con el sinhogarismo, algunos estudios han abordado este fenómeno en relación con el suicidio. Sin embargo, cabe destacar que sobre esta cuestión existe una escasísima producción científica. Y es que, si en la introducción hacíamos alusión a los factores acumulativos como constituyente del riesgo de conducta suicida, debemos de asumir que quienes mayores factores de riesgo acumulan en la población general son las personas sin hogar (Calvo-García , Giralt Vázquez, Calvet Roura, & Carbonells Sánchez, 2016) ya que presentan tasas sumamente superiores a la de la población general en problemas de salud mental (Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa, & O`Neal, 2005) y enfermedades crónicas (Toro, Tricckett, Wall, & Salem, 1991), a parte de la grave situación de exclusión social que aumenta la precariedad bio-psico-social (Moreno-Márques, 2009).

Pautas para la prevención de suicidio con colectivos vulnerables desde la experiencia de Diaconía

Por otro lado, desde Diaconía asumimos el reto de trabajar por la prevención del suicidio, poniendo especial énfasis en los grupos vulnerables que atendemos desde la entidad (solicitantes de asilo y refugio, víctimas de trata de seres humanos y personas sin hogar y en riesgo de exclusión social). Desde entonces, entendimos que como entidad social no solo nos podemos limitar a la sensibilización, sino que es necesario dirigir nuestras acciones de prevención al plano de la intervención. No nos referimos a la intervención sobre la conducta suicida ni hacemos alusión al proceso terapéutico, pues consideramos que estas situaciones deben ser tratadas por expertos sumamente cualificados y especializados en esta materia. Cuando hablamos de intervención, nos referimos a realizar acciones preventivas dentro del marco de la intervención social de los programas de la entidad. Partiendo de este marco, recomendamos dos tipos de actuaciones: Intervención y protocolos.

- **Intervención:** En este sentido, conocer el fenómeno del suicidio ampliamente puede dar pistas sobre el qué hacer y cómo hacerlo. Concretamente, la propuesta que creemos que mejor se adapta a las entidades del Tercer Sector guarda relación con los factores de protección. Es decir, no solo tomar acciones preventivas en lo relativo a los factores de riesgo asociados a la conducta suicida que pueden presentarse en las personas, sino desarrollar itinerarios de trabajo con las personas usuarias que profundicen en la promoción y fortalecimiento de los factores protectores. En el marco del Tercer Sector, estos factores se pueden promocionar, incentivar y desarrollar como parte de la intervención social. Factores de protección como el establecimiento de redes formales e informales de apoyo, la prevención del absentismo escolar, la lucha por el acceso y mantenimiento a la vivienda, facilitar el acceso a los servicios de salud mental y atención médica, acceso a oportunidades laborales, desarrollado de habilidades de afrontamiento y resiliencia, entre otras acciones. De esta manera, queremos incidir en la

necesidad de trabajar la prevención desde la promoción de los factores de protección de índole social desde el Tercer Sector, conociendo los factores de riesgo de la persona para así potenciar los protectores que formen parte de su sistema.

- **Protocolos:** Cuando nos referimos a protocolos hacemos alusión a la elaboración de estos de acuerdo con las características del colectivo de atención. Es decir, es necesario la elaboración e implementación de protocolos de prevención y actuación en caso de intentos de suicidio ajustados al colectivo que atendemos y, también, al centro o dispositivo de atención. En este sentido, Diaconía viene trabajando en el desarrollo de protocolos con los diferentes colectivos que atendemos en la entidad (solicitantes de asilo y refugio, mujeres víctimas de trata de seres humanos, migrantes y personas en riesgo de exclusión social), entendiendo que un protocolo no puede generalizarse para todos los centros o dispositivos donde intervenimos. Es por ello, que creemos necesario primeramente conocer ampliamente el colectivo con el que intervenimos (definiendo los factores de riesgo y protección), explorando la ideación suicida durante la primera entrevista psicológica, que los equipos de atención directa con dicho colectivo estén formados en prevención del suicidio, que estos mismos equipos participen en la revisión de los protocolos de prevención y actuación y que, finalmente, se formen en la aplicación de este protocolo para su posterior evaluación.

Referencia bibliográfica

Ball, S., Cobb-Richardson, P., Connolly, A., Bujosa, C., & O`Neal, T. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*(46), 371-379.

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

Crawford MJ., y Prince, M. (1999). Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: the importance of social context. *National Library of Medicine*, 49(10); p.1419-23.

Lemmi, V., et al. (2016). Suicide and poverty in low-income and middle-income countries: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 3. 774-783. 10.1016/S2215-0366(16)30066-9.

Ministerio del interior. (2021). Trata y explotación de seres humanos en España Balance estadístico 2017-2021. Gobierno de España.

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

Navarrete, M.E., Herrera, J. y León, P. (2019). Los límites de la prevención del suicidio. *Revista de la Asociación de española Neuropsiquiatría*, vol. No (135); p.193-214.

Nordt, C., Warnke, I., Seifritz, E., y Kawohl, W. (2015). Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. *National Library of Medicine*, 2(3), 239-45.

Observatorio de Salud de la Mujer. (2005). Informe de Salud y género. *Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid*.

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