

El suicidio en las personas con discapacidad en España



ILUNION Accesibilidad

Equipo investigador: Luis Miguel Bascones, Óscar Muñoz, Elena Ortega, Esperanza de Pinedo

Editado por:

Observatorio Estatal de la Discapacidad. 2021.

www.observatoriodeladiscapacidad.info

Contenido

1.	Introducción	4
2.	Objetivos y alcance	6
3.	Enfoque teórico y conceptual	7
3.1.	En torno al suicidio: conceptos clave para un fenómeno complejo	7
3.2.	La comprensión de la discapacidad: enfoque biopsicosocial y basado en derechos.....	11
4.	Metodología	13
4.1.	Fuentes secundarias	13
4.2.	Acercamiento cualitativo	14
5.	Resultados: Epidemiología del suicidio... apuntes desde una perspectiva de género	17
6.	Comprender la conducta suicida: factores de riesgo y de protección e intervenciones relacionadas	28
6.1.	Sistema de salud y factores sociales de riesgo	30
6.2.	Factores de riesgo en la comunidad y las relaciones	33
6.3.	Factores individuales de riesgo	35
6.4.	Los acontecimientos o factores precipitantes	39
6.5.	¿Qué protege a las personas de los riesgos de suicidio?.....	39
7.	El suicidio de las personas con discapacidad: una cuestión social de primera magnitud	44
7.1.	Perfiles de discapacidad, edad, sexo...: los factores de riesgo en interacción 44	
7.2.	La soledad forzosa y el aislamiento.....	51
7.3.	Acoso escolar y otras situaciones afines	53
7.4.	Estigma y estereotipos	56
7.5.	Mujeres y niñas con discapacidad ante el suicidio	57
8.	La perspectiva de informantes clave y testimonios	61
8.1.	La perspectiva de informantes clave	61
8.2.	Testimonios: la voz de las personas con discapacidad	75
9.	La situación actual en materia de prevención del suicidio en España ... 79	
9.1.	Trayectoria, iniciativas y buenas prácticas en la prevención.....	79
9.2.	La prevención del suicidio como asunto central en la agenda política del movimiento social de la discapacidad	84
9.3.	Buenas prácticas en materia de prevención del suicidio	84
9.4.	Factores de riesgo y propuestas de intervención para mujeres y niñas con discapacidad.....	93
9.5.	Hacia una respuesta nacional integral para la prevención del suicidio	94
10.	Conclusiones	95
11.	Recomendaciones	97
12.	Reflexiones a tener en cuenta respecto al suicidio de las mujeres y niñas con discapacidad	99
13.	Referencias	100
14.	Anexo. Guion temático de entrevista: interlocutores clave	114

1. Introducción

El suicidio es un problema mayor de salud pública, según reconoce la Organización Mundial de la Salud. Supone un impacto tanto personal como familiar en las personas allegadas de quien lo comete, y a ello se le une, el impacto social y económico en los países y sociedades afectadas (Castellví-Obiols y Piqueras Rodríguez, 2019: 45).

De acuerdo a los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2020 **se produjeron 3.941 suicidios en España**: 2.930 hombres y 1.011 mujeres. Esto supone una media de 11 suicidios diarios. Como apunta la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2021), se comete uno cada algo más de dos horas y media. En cuanto a la proporción por sexos, en la que 3 de cada 4 corresponden a hombres, relación que se mantiene en Europa (OMS Europe, 2019). En contrapartida, los intentos de suicidio son 3 veces mayores entre las mujeres respecto de los hombres. El suicidio sigue siendo la principal causa externa de muerte en España, duplicando los accidentes de trabajo, multiplicando por 13 la de homicidios (Fundación Española para la Prevención del Suicidio, 2020).

A su vez, las relaciones entre discapacidad y suicidio son complejas y comprenden diferentes vertientes y factores de riesgo psicosocial, entre los que destacan situaciones como la soledad, el acoso, los estereotipos normativos, las barreras a la participación.

En España faltan todavía planes o estrategias del suicidio, y es necesario incluir en ellas la situación y necesidades de las personas con discapacidad, incluyendo la perspectiva de género en la atención a este fenómeno.

El presente estudio se realiza por parte de ILUNION Accesibilidad para CERMI y Real Patronato de Discapacidad. El **objetivo general** de la investigación es analizar los aspectos fundamentales de la **relación** entre **suicidio y discapacidad**, en sus distintos planos, de cara a generar conocimiento y propuestas para la prevención de esta lacra social.

El estudio aplica una **metodología plural**: revisión del conocimiento disponible y técnicas empíricas cualitativas (entrevistas con informantes clave, testimonios). La perspectiva de género resulta clave en el análisis y propuesta, dadas las circunstancias y pautas de conducta diferenciadas entre hombres y mujeres, así como los aspectos de discriminación múltiple/interseccional que se dan entre las mujeres y niñas con discapacidad.

El estudio toma como punto de partida el enfoque teórico y conceptual del suicidio y de la discapacidad, como base para entender sus relaciones complejas. Tras el análisis de las estadísticas disponibles, se parte de las propuestas vigentes por parte de la OMS en

relación con factores de riesgo y protectores en relación con esta conducta, incorporando las aportaciones del conocimiento disponible.

Se ofrece un acercamiento a las relaciones entre suicidio y discapacidad, considerando los diferentes factores en su interacción, tanto psicocorporales como sociales, tales como la soledad no deseada y el aislamiento, el acoso, el papel de los estereotipos y el estigma.

Se plantea, asimismo, la perspectiva de informantes clave, que corrobora, permite profundizar y matizar la revisión de fuentes secundarias, así como una aproximación a partir de los testimonios primarios. Es preciso señalar la dificultad para acceder y realizar entrevistas con personas en situación de discapacidad que hayan llevado a cabo tentativas, incluso ideación, en materia suicida, así como con sus familiares, a pesar de las distintas vías planteadas. Se constata el carácter de tabú y, sobre todo, lo doloroso de esta experiencia. Los testimonios-caso presentados tienen un carácter ilustrativo.

Por último, a partir de la integración de perspectivas, se presenta una relación de conclusiones y recomendaciones, teniendo en cuenta la situación específica de las mujeres y niñas con discapacidad.

Es preciso agradecer a informantes clave y a las personas que generosamente han participado con sus testimonios por su contribución para conocer mejor esta dolorosa realidad e impulsar caminos para su prevención.

2. Objetivos y alcance

El **objetivo general** de la investigación consiste en analizar los aspectos fundamentales de la relación entre suicidio y discapacidad, en sus distintos planos, de cara a generar conocimiento y propuestas para la prevención de esta lacra social.

Como **objetivos específicos** se contemplan:

- Realizar un acercamiento a la situación del suicidio, a sus factores de riesgo y de protección, desde una perspectiva psicosocial y atenta a la perspectiva de género.
- Describir las actuaciones, propuestas y buenas prácticas en materia de prevención del suicidio, en el ámbito general y en el caso de las personas con discapacidad.
- Desprender conclusiones y recomendaciones de cara al diseño de una estrategia integral de prevención del suicidio, desde la situación y necesidades específicas de las personas con discapacidad, considerando en ella la perspectiva de género.

El ámbito de revisión del conocimiento es internacional, si bien el trabajo de campo y la línea de propuestas preventivas se orientan al ámbito estatal.

Se aplica una metodología plural, basada en la revisión del conocimiento disponible y en una aproximación cualitativa, mediante entrevistas con interlocutores clave. Se planteó realizar una batería de entrevistas tipo historia de vida con personas con discapacidad y familiares con experiencia en esta circunstancia. Se realizaron, más allá de la participación de interlocutores clave del ámbito de la Confederación SALUD MENTAL España, que combinan su condición como responsables asociativos y experiencia directa en el ámbito de la salud mental, dos entrevistas en profundidad. Por distintas circunstancias, entre las que se cuentan lo doloroso y el tabú persistente en torno al suicidio, no resultó viable avanzar en esta vertiente. Se ha procurado afianzar la robustez de la aportación en la revisión del conocimiento (sin pretender ser sistemática, aporta un panorama actual y consistente en esta materia) y la perspectiva de interlocutores clave, junto a los testimonios en primera persona, una contribución que resulta ilustrativa.

Se aplica una perspectiva de género en el análisis y línea de propuestas.

3. Enfoque teórico y conceptual

3.1. En torno al suicidio: conceptos clave para un fenómeno complejo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el suicidio como el **acto deliberado de quitarse la vida**. La **conducta suicida** comprende el conjunto de las ideas y comportamientos que, de manera consciente o inconsciente, se llevan a cabo con el fin de cometer una acción suicida. Es decir, se trata de una conducta conformada por ideaciones, gestos y amenazas que pueden llegar a ser consumadas mediante el intento de suicidio o el mismo acto de suicidarse (OMS, 2006)¹.

Las relaciones entre situaciones de discapacidad y suicidio son complejas y comprenden diferentes aproximaciones al problema u objetos de estudio predominantes, como se observará en la investigación.

3.1.1. Breve acercamiento histórico

El suicidio² ha sido objeto de atención desde hace siglos, con diferencias entre etapas históricas. Si bien en la actualidad numerosos estudios consideran su etiología o sus consecuencias, en épocas anteriores no era así.

En la **Grecia Clásica** se legitimaba el suicidio, observándolo como una opción frente al sufrimiento vital. Así, en algunas ciudades se hallaba regulado por ley, caso de Atenas, Esparta o Tebas, y, mediante una autorización previa del Senado, se consentía y legitimaba (Giner, 2010: 19). Sin embargo, filósofos de autoridad eran contrarios a esta práctica. Platón entendía que el suicidio era una ofensa para la sociedad (con algunas excepciones) (Artieda, 2017: 10); Aristóteles era del mismo parecer, rechazándolo y

¹ Como parte de la coyuntura en años recientes relacionada con la aprobación y prácticas de Leyes de eutanasia, suicidio asistido, entidades como el Consejo Nacional de Discapacidad de Estados Unidos (NCD por sus siglas en inglés) han realizado estudios, desde una perspectiva bioética, atendiendo a los riesgos que la aplicación de estas medidas en diferentes Estados supone para las personas con discapacidad. El Consejo encontró que las razones más prevalentes ofrecidas por alguien que solicita el suicidio asistido están directamente relacionadas con las necesidades de apoyo y servicio no satisfechas, por lo que el NCD insta a los responsables políticos a responder mediante cambios legislativos y financiamiento. También en España se ha aprobado recientemente la denominada Ley de Eutanasia, y el CERMI, en línea con el movimiento internacional de la discapacidad, y por motivos específicos relacionados con esta legislación en nuestro país, ha expresado su posición crítica. Ahora bien, la cuestión de la eutanasia/suicidio asistido excede el alcance del presente estudio, sería objeto de una investigación específica.

² Proviene del latín. Su etimología es *sui*: sí mismo y *caedere*: matar.

considerándolo como un acto de cobardía (de Bedout, 2008: 54). Sin embargo, otros como Séneca, Sófocles o Sócrates sí se mostraban partidarios de este acto (Hernández y Villarreal, 2015).

En la **Roma Clásica**, el Derecho Romano fue incluyendo paulatinamente la penalización de los suicidios, especialmente para determinados grupos sociales: soldados, esclavos y condenados. La postura de la Iglesia Católica fue ambivalente en un principio, hasta el Siglo IV (especialmente a partir de San Agustín), momento en el que se declara como contraria a esta práctica. Sólo Dios puede quitar la vida, y el acto del suicidio es un acto de cobardía, además de acto inmoral. Más tarde, durante el declive del Imperio Romano, en el que confluyen poder político y poder religioso, el suicidio es castigado y considerado con un “robo a la propiedad del amo” (Giner, 2010: 20)³.

En otras etapas, caso del **siglo XVIII**, se entendía mayoritariamente el suicidio como un acto “pecaminoso y fundamentalmente egoísta” (Huerta, 2015: 8), aunque es cierto que autores de renombre, caso de David Hume, Arthur Schopenhauer, Voltaire o Montesquieu eran contrarios a la norma de esta época (Artieda, 2017: 12), y en su pensamiento subyacía el ideal de libertad individual.

El estudio pormenorizado del suicidio atrajo el interés de la **Medicina en el siglo XIX**, entendiéndolo como una manifestación de la biología: el suicidio como una enfermedad mental, determinada por el plano biológico. El análisis científico se amplió, especialmente a partir del trabajo del sociólogo **Émile Durkheim** (1897), quien buscaba la **relación entre el acto suicida y las características del grupo social al que pertenecía la persona**. Esto es, los aspectos sociales en general, y los socioculturales en particular, eran causa de que la persona no tuviese objetivos vitales y decidiese optar por el suicidio. Durkheim diferencia tres tipos de suicidio: el “egoísta”, el “altruista”, y el “anómico”⁴, cada uno de ellos propio de los diferentes tipos de sociedad (Romero y Gonnet, 2013). A grandes rasgos, el autor hacía hincapié en la existencia de **factores externos a la persona**, entre ellos factores **sociales** y **estructurales** (Palacio, 2010: 4). Este autor concluye que el fenómeno del suicidio era un **hecho social**, y cuya causa era la “anomia social”, entendida como:

“La anomia, como estado social, es: una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución social. En el individuo con un desconcierto o inseguridad o lo que hoy se suele definir como alienación o pérdida de identidad.

³ Un repaso historiográfico del suicidio puede encontrarse en la obra de Giner (2010).

⁴ Citando a Durkheim (1897: .144), “el suicidio egoísta procede de que los hombres no perciben ya la razón de estar en la vida; el suicidio altruista, de que esta razón les parece estar fuera de la misma vida; la tercera clase de suicidio, cuya existencia acabamos de comprobar, de que su actividad está desorganizada y de lo que por esta razón sufre. En orden de su origen, demos a esta última especie el nombre de suicidio anómico”.

La anomia es un estado de la sociedad donde los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, mientras que los nuevos ideales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza. Anomia es un estado social en que cada individuo o cada grupo buscan por sí solos su camino, sin un orden que lo conecte con los demás” ([1897] 2008: 25)

Otro autor del siglo XX, Michael Foucault, también analiza el suicidio, y aunque también plantea la naturaleza social del hecho, toma una postura diferente a Durkheim. Foucault concibe el suicidio como “modo de problematización de la vida [y] como resistencia, como disputa con un determinado ordenamiento social” (Romero y Gonnet, 2013: 599).

3.1.2. Conceptos clave

Realizada una breve revisión del fenómeno en etapas previas, se plantea una definición del concepto suicidio en la actualidad. Así, la *Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida* (2012, revisada en 2020: 23) definió el suicidio como:

“un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los resultados deseados”.

También ofreció una definición del **parasuicidio**, entendiéndolo como tal:

“[el] acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (2012: 37).

Sobre el parasuicidio, Kreitman (1977, en Pacheco, 2015: 19) lo definió como “un acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento a dosis superiores a las descritas”.

Teresa Pacheco (2021), psicóloga, responsable en gestión y coordinación sociosanitaria en la Comunidad de Madrid, investigadora en el ámbito de la sanidad en emergencias y docente, recoge una serie de definiciones relativas al suicidio, que pueden ser de utilidad para su comprensión:

- “Situación de crisis que pone en peligro la vida”. (Slakieu)
- “Acto humano de autolesionarse con intención de acabar con la vida, producto de la presión de una angustia sentida como insoportable”.
- “Suicidio como un lenguaje empleado por la persona para decir al otro algo”.
- “El suicidio es una solución eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal”. (Ringel)

Conducta suicida: una escala de grados

Hoy día, el suicidio es entendido como un **comportamiento con distintos grados en una escala**, que va desde la **ideación** a conductas crecientes, entre las que se encuentran las **amenazas**, las **tentativas** y el **suicidio consumado**. Por tanto, se hablaría de un *continuum* (Artieda, 2017: 16; Castellví-Obiols y Piqueras Rodríguez, 2019: 46; Pacheco, 2021)⁵, y así, las fronteras para su delimitación se tornan difusas.

En la escala más sencilla, Ayuso-Mateos *et al.* (2007) diferencian tres grados:

- **Suicidio consumado**: muerte autoinfligida con evidencia (explícita o implícita) de que la persona tenía intención de morir.
- **Ideación suicida**: pensamiento de una persona de provocar su propia muerte.
- **Tentativa suicida**: autolesión con un resultado no fatal acompañado de evidencia de que la persona tenía intención de morir.

Silverman *et al.* (2007, en Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida, 2020: 25) proponen una **escala con mayor desglose**, considerando la complejidad del fenómeno, que comprende las siguientes conductas:

- **Ideación suicida**: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones o plano cognitivo)
- **Comunicación suicida**: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. A su vez, dentro de la comunicación suicida puede diferenciarse entre:

⁵ Teresa Pacheco (2021) establece este “continuum” de la siguiente manera:

1. Deseo de morir.
2. Ideación suicida (con método o no, con o sin planificación).
3. Amenaza o comunicación suicida, esto es, la verbalización del acto.
4. Parasuicidio: su fin no es fatal. Busca conseguir cambios en el ambiente o en las condiciones sociales. Tiene un componente manipulativo.
5. Tentativa: acto no habitual con un fin no fatal que se realiza de forma deliberada por la persona que se causa autolesiones o se las causaría si los demás no interviniesen.
6. Suicidio consumado: acto con un fin mortal que se inicia deliberadamente y es realizado por la persona con el conocimiento de esperanza de muerte.

- **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- **Plan suicida:** propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- **Conducta suicida:** conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia explícita o explícita de que:
 - la persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad, y
 - la persona presenta algún grado de intención de acabar con su vida.

Dentro de la conducta suicida se incluyen:

- Autolesión/gesto suicida.
- Conducta suicida no determinada.
- Intento de suicidio.
- Suicidio, definida como la muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocarse la muerte.

La OMS también ofrece una conceptualización al respecto. En su informe *Prevención del suicidio. Un imperativo global*, (OMS, 2014) recoge una definición de las diferentes categorías dentro del concepto amplio de suicidio.

Así, por suicidio entiende el acto de matarse deliberadamente. Mientras, el **intento de suicidio** abarca “todo comportamiento suicida que no causa la muerte” refiriéndose a “intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal” (OMS, 2014: 12). Muestra las dificultades inherentes a este último término. A su vez, se refiere al **comportamiento suicida**, entendido como “comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho (OMS, 2014: 12). Nuevamente, se puede subrayar que las delimitaciones entre cada una de las acciones se vuelven borrosas.

3.2. La comprensión de la discapacidad: enfoque biopsicosocial y basado en derechos

Para el diseño de actuaciones en el ámbito de la discapacidad, incluyendo aquellas orientadas a la prevención de conductas suicidas, es necesario partir de la comprensión de este fenómeno.

La **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad** (ONU, 2006) establece en su Artículo 1 como definición:

"Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás."

Además, reconoce que la discapacidad es **un concepto que evoluciona**, hace hincapié en los obstáculos físicos y las actitudes de la sociedad que pueden ejercer en el goce de los derechos humanos por parte de las personas con discapacidad.

En efecto, la idea e interpretación de la discapacidad y las respuestas sociales consecuentes, lo que se ha denominado enfoques o paradigmas, ha cambiado históricamente, y de manera muy significativa de los años 90 del pasado siglo al presente. Sin entrar en detalle en estos diferentes modelos, abordados de manera amplia en otros lugares (Jiménez Lara, 2007; Palacios y Bariffi, 2007), cabe resumir que la comprensión y el tratamiento de la discapacidad ha ido dejando atrás el enfoque asistencial y paternalista que ponía el foco en el déficit de las personas y se ha orientado progresivamente hacia el modelo social, basado en los derechos humanos⁶.

En 2001, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la "**Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud**" (CIF), que constituye el estándar vigente y supone una integración de la perspectiva médica y social. Se trata de la referencia, junto con la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**, en la comprensión de este fenómeno y la formulación de políticas integrales. Por ello se apuntan aspectos clave de esta propuesta a la hora de comprender los factores de riesgo y protectores en relación con la conducta suicida entre las personas con discapacidad.

De acuerdo con la CIF, el funcionamiento y la discapacidad de una persona se determinan como una "interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales" (OMS, 2001: 9). Diferencia tres niveles en la discapacidad:

⁶ Entre los diferentes modelos históricos, merece recordarse el enfoque de "prescindencia", en que la persona "deficiente" es separada y suprimida como no perteneciente a la comunidad humana. Practicada en la antigüedad, causó atrocidades también en el siglo XX bajo ideologías eugenésicas, aplicadas en distintos países mediante leyes de esterilización. Mención aparte merece el caso del nazismo, que puso en marcha el programa de exterminio sistemático de personas con discapacidad, mediante el conocido como programa Aktion T-4, preludio de las cámaras de gas que sufrieron otras minorías y la población judía en el III Reich (Disability Rights Advocates, 2001).

- **Corporal:** "deficiencia" a nivel de la estructura o las funciones corporales.
- **Individual:** limitaciones de las **actividades** (ver, oír, caminar, etc.) a nivel de la persona.
- **Social:** restricciones en la participación en distintos ámbitos, como el empleo, la formación, etc., en un contexto social.

Por su parte, los **factores contextuales** incluyen el entorno ("factores ambientales") así como "factores personales".

- Los **factores ambientales**, es decir, el entorno. La persona ve potenciada o limitada su capacidad y sus funcionamientos para realizar actividades y participar, desde el aseo o el desplazamiento hasta otros más complejos, como la comunicación, el empleo, etc. Un entorno que puede ser facilitador o puede suponer barreras de diferente tipo. Incluye aspectos como la accesibilidad, productos de apoyo, el soporte institucional y/o las actitudes sociales.
- Los **factores personales:** el **sexo**, la raza, la **edad**, el estilo de vida, los hábitos, los estilos de afrontamiento, la educación, etc., que pueden tener un impacto sobre la salud y los estados relacionados con la salud de la persona.

Por otro lado, la salud corporal entra en **interacción** con variables como el **estatus socioeconómico** o el género, y condicionan trayectorias y oportunidades diferentes en la salud y en la calidad de vida de las personas. Entran en juego como factores del entorno las políticas de apoyo, los sistemas de servicios sanitarios y sociales, y las actitudes sociales. Se observarán estos aspectos en relación con los distintos ámbitos y factores que inciden en la causalidad del suicidio y, en contrapartida, en la prevención y protección ante el mismo.

4. Metodología

Para alcanzar los objetivos el estudio aplica una metodología plural, basada en la revisión del conocimiento y en un acercamiento empírico, a partir de siete entrevistas en profundidad con interlocutores clave de diferentes ámbitos y dos testimonios-historia de vida. Se presenta el **esquema metodológico** del estudio.

4.1. Fuentes secundarias

Como primera aproximación al objeto de estudio se ha realizado una revisión documental a partir de **fuentes secundarias:** estadísticas, informes, artículos, tanto en el plano internacional como en España, en relación con el objeto.

Esta revisión del conocimiento incluye la perspectiva teórica así como las propuestas que actualmente ayudan a la comprensión de los factores de riesgo y protectores, en los distintos ámbitos: sistema de salud, sociales y comunitarios... Junto al análisis de los datos disponibles, para población general, desglosados de acuerdo a distintas variables sociodemográficas (sexo y edad, fundamentalmente), se ha prestado también atención al conocimiento disponible en relación con distintos perfiles de discapacidad y suicidio, así como hacia cuestiones relacionadas con determinadas circunstancias, como el dolor crónico.

Por su parte, se abordan determinadas investigaciones sobre problemas relacionados con la **soledad no deseada** y el **aislamiento**, y la **discriminación**, esto es, aspectos negativos en el plano de la participación que pueden experimentar las personas con discapacidad, por ejemplo, ante el **acoso escolar**, e incluyen entre sus posibles consecuencias el deterioro de la autoimagen/autoestima, las tentativas o ideación suicida. Se plantea, asimismo, un apartado específico sobre mujeres y niñas con discapacidad, al considerar la dimensión interseccional, que se da en ellas.

Para realizar el análisis de las publicaciones sobre suicidio de las personas con discapacidad se ha llevado a cabo una revisión en fuentes como Pubmed, Google Scholar, Dialnet, junto a otros buscadores académicos. Se han utilizado como palabras clave los descriptores “discapacidad”/“disability”, “suicidio”/“suicide”, además de los términos correspondientes a diferentes perfiles de discapacidad y condiciones afines. Se han priorizado referencias correspondientes a la última década, incluyendo por otro lado estudios previos cuando se han considerado de especial relieve. Sin pretender una revisión sistemática, se considera amplia y actualizada en su alcance y vertientes abordadas.

4.2. Acercamiento cualitativo

La aproximación cualitativa pretende comprender las relaciones entre situaciones de discapacidad y suicidio a partir de las aportaciones de informantes clave de distintos ámbitos, y la voz de personas que, tanto por sí mismas como por familiares, han experimentado esta dura realidad. Esta línea de investigación aporta claves que permiten, por otro lado, “dar sentido” e interpretar datos procedentes de fuentes secundarias.

4.2.1. Entrevistas con interlocutores clave

De manera complementaria a la exploración y análisis de fuentes secundarias, se han realizado 7 **entrevistas semiestructuradas a interlocutores clave**, de diferentes ámbitos: la Confederación SALUD MENTAL y sus entidades, así como profesionales de atención directa en el ámbito clínico y de la intervención (Teléfono de la Esperanza),

incluyendo el ámbito asociativo de la discapacidad. Se exploró contar con interlocutores complementarios, ampliar la muestra en este sentido. Ahora bien, se valora que su perspectiva aporta una aproximación comprensiva y desde diferentes posiciones y perspectiva cualificada.

Tabla 1. Listado informantes clave entrevistados

NOMBRE	ÁMBITO	CÓDIGO
Nel González Zapico	Presidente Confederación SALUD MENTAL España	Ent_PresSalMenEsp
Elena Briongos	Presidenta Federación SALUD MENTAL Castilla y León	Entr_Briongos-FedSalMenCyL
Rosa Bayarri	Presidenta Federació SALUD MENTAL Comunitat Valenciana	Entr_Bayarri_PresSalMenCV
Ana Guzmán	Psicóloga clínica en Hospital Universitario Puerta del Hierro (Madrid)	Entr_Guzmán_PsiCli
Hilario Blasco	Psiquiatra de la infancia y de la adolescencia Hospital Universitario Puerta del Hierro (Madrid), y profesor Universitario (UAM)	Entr_Blasco_Psiquiatra
Rosa de Arquer	Psicóloga sanitaria del Teléfono de la Esperanza y de la unidad de prevención en Asturias	Entr_Arquer_T_Esperanza
M ^a José Arroyo	Dra. en Psicología, psicóloga especialista en Psicología Clínica. Fundación del Lesionado Medular.	Entr_Arroyo_FLM

Fuente: elaboración propia.

Las entrevistas fueron semidirectivas, a partir de un guion temático abierto, de acuerdo a su ámbito de experiencia y orientado de acuerdo a los objetivos del estudio (se presenta en anexo). Se grabaron y se procedió a un análisis temático de las mismas, conforme a los objetivos del estudio.

Se da la circunstancia, por otro lado, que entre las personas que asumen cargos de responsabilidad en la C. SALUD MENTAL se combina una experiencia directa en determinados casos, con este objeto (como familiar “superviviente”), por lo que estas personas pudieron aportar su perspectiva en este sentido.

4.2.2. Entrevistas-historia de vida

Junto a las entrevistas a informantes clave, se procedió a la realización de entrevistas abiertas a personas que hubiesen pasado por esta realidad, a modo de relato/historia de vida. El planteamiento inicial pretendió un acercamiento en función de variables como el sexo, la edad y/o el perfil de discapacidad. No obstante, se presentaron dificultades para contactar y, sobre todo, llevar a cabo entrevistas con personas en esta circunstancia. Se trata de una realidad sumamente dolorosa que, aun habiendo

transcurrido el tiempo, requiere de un espacio de confianza para la expresión, al tiempo que pesa el estigma que asocia salud mental/suicidio. Esto inhibe la disposición a una entrevista directa. Se realizaron dos entrevistas con enfoque de historia de vida.

Se intentó salvar esta limitación a través de la difusión de cuestionarios abiertos que permitiesen la respuesta por escrito de personas que hubiesen experimentado esta circunstancia. El cuestionario abierto se validó con la Confederación SALUD MENTAL España y, más allá de esta organización, se difundió a una entidad representativa de personas con discapacidad y a través de algunas de los/as formantes clave. Sin embargo, apenas se recibió retorno de respuestas, y las recibidas por escrito no permitían base para el análisis.

Estas dos historias de vida, cuyas circunstancias se han variado por salvaguardar el anonimato, aportan un valor ilustrativo de las situaciones observadas a través de la revisión del conocimiento y la perspectiva de informantes clave.

5. Resultados: Epidemiología del suicidio... apuntes desde una perspectiva de género

El punto de partida es un acercamiento a la estadística disponible sobre suicidio básicamente a escala europea y en España. El Instituto Nacional de Estadística (INE) proporciona, con carácter anual, datos sobre suicidio como parte de la operación “Defunciones por Causa de Muerte”. Se realiza un análisis de esta información, teniendo en cuenta sexo, edad, así como su desglose por Comunidades Autónomas.

También se recogerá información acerca de la metodología empleada para dotar de comprensión a la paradoja de género existente en el suicidio, en el sentido de que hay mayor número de suicidios consumados en hombres, pero mayor número de tentativas para el caso de las mujeres.

La OMS (2014) en su informe *Prevención del suicidio. Un imperativo global*, reunía una serie de estadísticas relativas a la muerte por suicidio para el año 2012 en distintos países. Así, para dicho año se estimó en unas 804.000 muertes por suicidio en todo el mundo, suponiendo una tasa anual mundial de suicidio de 11,4 por 100.000 habitantes, mayor entre hombres (15 por 100.000 habitantes) que en mujeres (8 por 100.000).

El informe señalaba la escasa calidad de las fuentes, afirmando la posibilidad de que existan problemas de subnotificación y de mala clasificación en los casos de suicidio. De ahí que se deba ser cauteloso con el empleo de algunas estadísticas, especialmente para determinadas regiones o países, especialmente los de bajos ingresos (Huerta, 2015: 13).

También corresponde atender a la variable **edad**. Según el informe aquí descrito, las tasas de suicidio son más bajas entre los menores de 15 años y más elevadas entre las personas de 70 o más años. Obviamente no existe una distribución homogénea según las regiones en las que se realice el análisis, observándose una variabilidad significativa según región. Según la información disponible, las variaciones según la edad son oscilantes. A nivel mundial, entre los jóvenes de 15 a 29 años, el suicidio causa el 8,5% de las muertes, siendo la segunda causa principal de defunción (tras los accidentes de tráfico). Para la franja etaria de adultos de entre 30 a 49 años, el suicidio representa el 4.1% de las muertes, situándose como la quinta causa principal de muerte.

El suicidio en Europa

Puede realizarse una aproximación a la conducta suicida atendiendo a la información estadística publicada. En este caso, se hará uso de las estadísticas publicadas por EUROSTAT, oficina de la UE, al tiempo que se recogerá la información disponible en el

Instituto Nacional de Estadística (INE), en concreto, atendiendo a Defunciones según la Causa de Muerte. Se han escogido las últimas estadísticas disponibles: el año 2017 para el caso de EUROSTAT, y el año 2020 para el caso del INE. También, y con el fin de tratar de descender más allá del nivel autonómico, se acudirá a la información de la que dispone el Instituto de Salud Carlos III, en este caso desagregado a nivel provincial y por sexo para el año 2018.

La **tasa media de muerte por suicidio en la UE**, para el año 2017, **se sitúa en el 11,5**. Resulta superior en hombres (19,2) que en mujeres (4,8). Se dan tasas considerablemente más elevadas en algunos países, algunos de ellos del Este, tales como Lituania (26), Eslovenia (19,52) o Letonia (17,98). Por debajo de la media europea se hallan países como Dinamarca (10,45), Rumanía (9,94), Bulgaria (9,78), Portugal (9,61), Irlanda (9,6), o España (7,51). **En todos se confirma la diferenciación existente entre hombres y mujeres, con mayores tasas para el caso de los varones.** (Tabla 2).

Tabla 2: Tasa de suicidios por 100.000 por sexo, año 2017

Territorio	Total	Hombres	Mujeres
Francia	--	--	--
Lituania	26	47,37	9,12
Eslovenia	19,52	34,71	7,42
Letonia	17,98	33,16	5,97
Estonia	17,22	30,16	7,31
Hungría	16,66	29,23	7,22
Bélgica	15,39	22,94	8,55
Finlandia	15,01	22,89	7,67
Croacia	14,8	24,88	6,9
Serbia	14,24	23,8	6,27
Liechtenstein	14,14	28,4	0
Austria	13,84	23,76	5,55
Chequia	13,17	22,19	5,3
Suiza	12,28	19,2	6,26
Suecia	12,08	17,45	7,01
Polonia	11,69	21,28	3,04
Noruega	11,58	15,85	7,45
Países Bajos	11,21	15,67	7,02
Alemania	10,54	17,16	4,92
Dinamarca	10,45	15,65	5,64
Rumanía	9,94	17,48	3,21

Territorio	Total	Hombres	Mujeres
Bulgaria	9,78	17,07	4,15
Islandia	9,62	17,57	1,25
Portugal	9,61	16,12	4,59
Luxemburgo	9,38	14,3	5,16
Irlanda	8,36	13,83	3,15
España	7,51	11,76	3,85
Reino Unido	7,45	11,79	3,32
Eslovaquia	7,23	13,06	2,41
Italia	5,94	9,88	2,5
Malta	5,23	8,55	1,97
Grecia	4,52	7,71	1,66
Chipre	4,06	7,08	1,27
Turquía	3,72	6,06	1,56

Fuente: Eurostat (2020). Causes of death — standardised death rate, 2017

Estadísticas sobre de suicidio en España

En España se dispone de información estadística sobre defunciones causadas por suicidio, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Los datos más recientes, publicados en noviembre de 2021, corresponden al año 2020.

La tasa global de muertes por suicidio (para todas las edades) se sitúa en **un 8,3 por 100.000 habitantes para el conjunto de la población**. Se dan notables diferencias según sexo, y es que **entre los hombres esta tasa alcanza 11,9 muertes por cada 100.000 habitantes y de 4,1 para las mujeres**. A edades intermedias, entre los 45 y los 59 años las tasas de suicidio son destacables. Destaca la horquilla entre 55 a 59 años, con una tasa global de 12,1 por cada 100.000 habitantes, con un diferencial amplio entre hombres y mujeres (16,5 y 7,9 respectivamente). Desciende ligeramente en las dos franjas siguientes (60 a 64 y 65 a 69) para volver a ascender a partir de los 70 años (Tabla 3, Figura 1).

Las diferencias en suicidios consumados entre hombres y mujeres alcanzan la distancia más extrema en la vejez. En el grupo de 80 a 84 años (18,5 por cada 100.000 habitantes), los hombres representan un 35,01 de los suicidios consumados por cada 100.000 habitantes respecto a 7,3 entre las mujeres. En los siguientes tramos de edad la desproporción de suicidios consumados entre sexos, por 100.000 habitantes, aumenta progresivamente.

La literatura científica expone algunas causas que llevan a mayores tasas de suicidios entre personas de mayor edad. Una de ellas es el papel de la **comorbilidad física y psíquica**; la **pérdida de personas cercanas**, el **aislamiento social** (con pocos

familiares cercanos o una escasa red social) y/o el **estigma** que puede suponer para alguna parte de las personas el hecho de que desde los 65 años la persona deja de estar activa, y en ocasiones, considerarse como improductiva (Huerta, 2015: 37 y ss).

Tabla 3. Tasas de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo, 2020

Edades	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las edades	8,3	12,6	4,2
Menores de 15 años	0,2	0,2	0,2
De 15 a 19 años	2,0	2,5	1,5
De 20 a 24 años	4,2	6,7	1,6
De 25 a 29 años	6,0	8,9	3,0
De 30 a 34 años	6,3	10,1	2,5
De 35 a 39 años	5,9	10,7	3,9
De 40 a 44 años	9,1	13,9	4,3
De 45 a 49 años	10,1	15,3	4,9
De 50 a 54 años	11,9	17,6	6,3
De 55 a 59 años	12,2	16,6	7,9
De 60 a 64 años	11,0	16,6	5,8
De 65 a 69 años	10,0	15,9	4,6
De 70 a 74 años	11,9	18,7	6,0
De 75 a 79 años	12,7	20,6	6,3
De 80 a 84 años	18,6	35,0	7,3
De 85 a 89 años	18,6	40,0	6,2
De 90 a 94 años	22,2	55,9	6,9
De 95 años y más	19,6	65,0	4,2

Fuente: INE (2021). Estadística de Defunciones por Causa de Muerte. 2020.

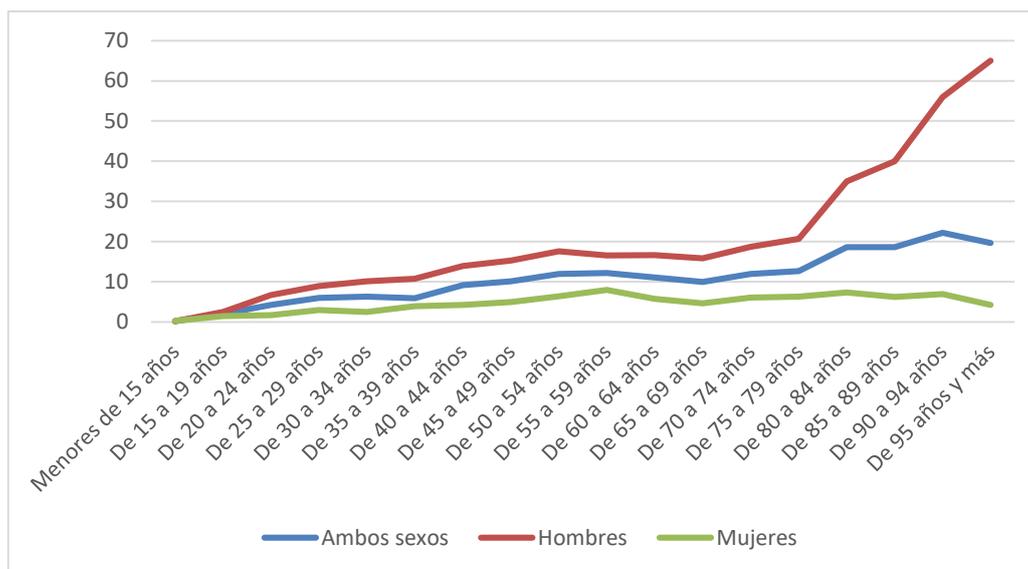


Figura 1. Tasas de suicidios por edad y sexo por 100.000 habitantes de cada grupo

Fuente: INE (2021). Estadística de Defunciones por Causa de Muerte. 2020.

En cuanto a las cifras absolutas, la estadística refleja 3941 suicidios consumados en España en 2020, de los que 2930 corresponden a hombres y 1011 a mujeres. Esto supone que el 75% de las muertes por suicidio en el total corresponden a varones (Tabla 3, Figura 2).

Se da un aumento global del 7,3% con respecto a la cifra registrada de suicidios en 2019 (3671), aumento comparativamente mayor entre las mujeres con respecto al año anterior, en un 12,3% (900 casos en 2019); aumento del 5,7% entre los varones (2771 fallecimientos en 2019).

Tabla 3: Número de suicidios por edad y sexo, España, 2020

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Todas las edades	3941	2930	1011
Menores de 15 años	14	7	7
De 15 a 29 años	300	227	73
De 30 a 39 años	411	313	98
De 40 a 44 años	358	275	83
De 45 a 49 años	396	301	95
De 50 a 54 años	440	323	117
De 55 a 59 años	414	277	137
De 60 a 64 años	327	239	88
De 65 a 69 años	245	186	59
De 70 a 74 años	264	192	72
De 75 a 79 años	224	162	62
De 80 a 84 años	240	184	56

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
De 85 a 89 años	185	146	39
De 90 a 94 años	98	77	21
De 95 años y más	25	21	4

Fuente: INE (2021). Estadística de Defunciones por Causa de Muerte. 2020.

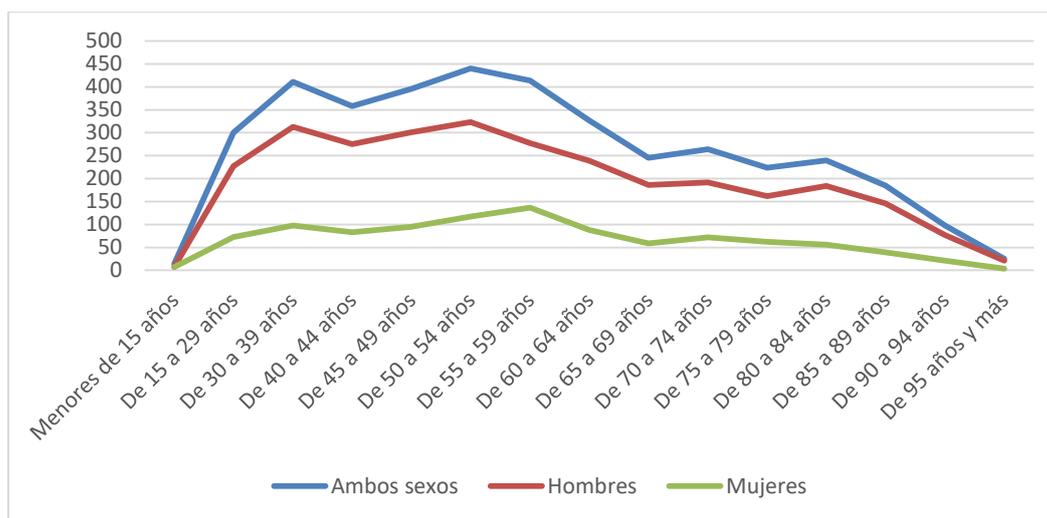


Figura 2. Número de suicidios por edad y sexo, España, 2019

Fuente: INE (2021). Estadística de Defunciones por Causa de Muerte. 2019.

La Tabla 4 presenta un desglose para el ámbito autonómico. Se compara el total con la cifra de población en cada Comunidad, y de esta manera se desprende la tasa de fallecimientos por 100.000 habitantes, que presenta diferencias significativas entre unos y otros territorios. Al respecto destacan las tasas elevadas en el Principado de Asturias (11,98 por 100.000 habitantes), Galicia (11,29), Canarias (9,56), Castilla y León (9,52) y La Rioja (9,06).

Tabla 4. Suicidios por comunidades y ciudades autónomas de residencia y sexo, y tasa por 100.000 habitantes 2019.

	Todas las edades	Padrón 2020	tasa suicidios por 100.000 habitantes
Asturias, Principado de	122	1018784	11,98
Galicia	305	2701819	11,29
Canarias	208	2175952	9,56
Castilla y León	228	2394918	9,52
Andalucía	793	8464411	9,37
Rioja, La	29	319914	9,06
Castilla - La Mancha	180	2045221	8,8
Comunitat Valenciana	440	5057353	8,7
Extremadura	92	1063987	8,65
Total Nacional	3941	47450795	8,31
Murcia, Región de	122	1511251	8,07
País Vasco	179	2220504	8,06
Cantabria	46	582905	7,89
Aragón	102	1329391	7,67
Balears, Illes	87	1171543	7,43
Cataluña	556	7780479	7,15
Navarra, Comunidad Foral de	44	661197	6,65
Madrid, Comunidad de	373	6779888	5,5
Ceuta	4	84202	4,75
Melilla	4	87076	4,59

Fuente: Defunciones según la Causa de Muerte 2020, INE. Padrón 2020. Elaboración propia.

Los medios empleados: diferencias por sexo

La estadística sobre los diferentes medios empleados para cometer suicidio, por sexo, permite comprender mejor las diferencias en relación con esta conducta y sus resultados entre hombres y mujeres.

Tabla 5: Suicidio por medio empleado y sexo, 2020

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total	3941	2930	1011
X60. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) analgésicos no narcóticos, antipiréticos y antirreumáticos	19	13	6
X61. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) drogas antiepilépticas, sedantes, hipnóticas,	169	85	84

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
antiparkinsonianas y psicotrópicas, no clasificadas en otra parte			
X62. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) narcóticos y psicodislépticos, no clasificados en otra parte	21	16	5
X63. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otras drogas que actúan sobre el sistema nervioso autónomo	7	4	3
X64. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otras drogas, medicamentos y sustancias biológicas, y los no especificados	178	102	76
X65. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) alcohol	10	5	5
X66. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) disolventes orgánicos e hidrocarburos halogenados y sus vapores	8	3	5
X67. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros gases y vapores	52	44	8
X68. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) plaguicidas	7	6	1
X69. Envenenamiento autoinfligido intencionalmente por (exposición a) otros productos químicos y sustancias nocivas, y los no especificados	95	48	47
X70. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	1766	1461	305
X71. Lesión autoinfligida intencionalmente por ahogamiento y sumersión	114	74	40
X72. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de arma corta	69	69	0
X73. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de rifle, escopeta y arma larga	76	76	0
X74. Lesión autoinfligida intencionalmente por disparo de otras armas de fuego, y las no especificadas	31	29	2
X75. Lesión autoinfligida intencionalmente por material explosivo	0	0	0
X76. Lesión autoinfligida intencionalmente por humo, fuego y llamas	14	9	5
X77. Lesión autoinfligida intencionalmente por vapor de agua, otros vapores y objetos calientes	1	1	0
X78. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto cortante	120	105	15
X79. Lesión autoinfligida intencionalmente por objeto romo o sin filo	0	0	0
X80. Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado	1062	683	379
X81. Lesión autoinfligida intencionalmente por arrojar o colocarse delante de objeto en movimiento	62	49	13
X82. Lesión autoinfligida intencionalmente por colisión de vehículo de motor	13	10	3
X83. Lesión autoinfligida intencionalmente por otros medios especificados	25	19	6
X84. Lesión autoinfligida intencionalmente por medios no especificados	22	19	3

Fuente: INE (2021). Estadística de Defunciones por Causa de Muerte. 2020.

Suicidio y conducta suicida: en torno a la “paradoja de género”

Las diferencias existentes entre ambos sexos en el acto del suicidio han sido estudiadas, y asocian la mayor prevalencia en los hombres, entre las diferentes variables, a los distintos roles de género, socialización y experiencia.

El informe de la OMS (2014), en el promedio mundial, constataba esta mayor tasa de suicidio en hombres que en mujeres, como un fenómeno además más acusado en los países de ingresos altos. El informe apuntaba a que las **diferentes tasas de suicidio entre hombres y mujeres** se deben a multitud de variables: por los diferentes métodos para el abordaje del estrés y del conflicto, por los medios que pueden emplearse para suicidarse y por la disponibilidad de éstos, por los patrones de consumo de alcohol u otros. Otros estudios presentan que la diferencia por sexo se encuentra a su vez en la mayor exposición de los hombres a sufrir las consecuencias socioeconómicas, a la mayor prevalencia al alcoholismo o al empleo de métodos más violentos en la comisión del suicidio (supone una mayor tasa de “éxito en la consumación”). Mientras, las mujeres, aunque con menor éxito, presentan mayores de intentos. (Larraguibel *et al.*, 2000).

Como señala Payne *et al.* (2008: 4) la identidad, el comportamiento y las expectativas de hombres y mujeres descansan sobre los roles de masculinidad y feminidad que se asocian a cada uno de ellos. Así, los roles asignados a ellos guardan relación con atributos como la fortaleza, los deseos de poder y de dominación, mayor coraje, independencia, racionalidad y/o competitividad. De este modo, y siguiendo a los mismos autores, la **expresión de las emociones** para los hombres difiere en relación con la de las mujeres, y así, las conductas agresivas están más aceptadas para los primeros. Dentro de estas conductas, se encontrarían comportamientos con mayor riesgo o, por ejemplo, mayor disposición a abusar del alcohol.

Una expresión de estas diferencias se halla en los métodos de suicidio. Los hombres suelen emplear **métodos más violentos**, en consonancia con este rol de fortaleza/expresión masculina. También, por la mayor **familiaridad de los hombres con instrumentos mecánicos o armas**, como parte de su socialización y trayectoria laboral (Pacheco, 2021).

Mientras, las **mujeres** hacen uso de **métodos menos impulsivos y con menor letalidad**. Esto explicaría que, si bien las tasas de suicidio son mayores para los hombres, en el caso de los intentos de suicidio, la situación difiera y sean ellas las que presenten mayores tasas de intentos de suicidio (Mejías-Martín, 2019). Respecto a esta diferente orientación de la conducta suicida, Barroso (2019: 58) apunta a que “se ha

encontrado que la imagen corporal constituye una preocupación fundamental para las mujeres”, aspecto que explica en parte la diferente elección de medios.

Los roles de género también hacen mella en uno de los factores de riesgo del suicidio: el **historial de enfermedad mental**, y en especial con la depresión. Así, las mujeres que se suicidan sufren con mayor frecuencia que los hombres una enfermedad mental diagnosticada, con lo que aumenta la probabilidad de intentar suicidarse. La depresión u otros trastornos mentales provocan un aumento de ideaciones suicidas (Vieira *et al.* 2010: 177). Así, “los expertos señalan que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen un problema de salud mental, principalmente depresión” (Martín del Campo, 2019, en Gil, 2020: 19), y son las mujeres quienes presentan mayores tasas de depresión frente a los hombres, tal y como señala la Encuesta Nacional de Salud, ENSE, España 2017⁷.

El hecho de **acudir a tratamientos o pedir ayuda** por parte de los hombres es más dificultoso que para las mujeres, dado que podría indicar una falta de fortaleza, acorde a los roles masculinos que se les atribuyen. Y es que los signos de (falta o déficit) de salud mental pueden verse como incompatibles con los roles asignados al sexo masculino (Rosado Millán *et al.*, 2014: 447 y ss)

Por último, la sociedad actual comporta altos niveles de estrés, que el hombre soportaría en menor grado que la mujer, una posible menor resiliencia o flexibilidad cognitiva (Consedine, Magai y Krivoshekova, 2005). En este sentido, “el estrés hace referencia a la tensión física, mental o emocional ocasionada por presiones y demandas ambientales, situacionales o personales” (Tejada *et al.*, 2002, en Serrano y Flores, 2005: 222).

Esta diferente orientación entre hombres y mujeres ante la conducta suicida requiere, en consecuencia, **estrategias diferenciadas en la prevención**. De hecho, diferentes países dirigen campañas específicas de prevención a los hombres, con mensajes específicos, para reducir estas cifras. La sección de buenas prácticas incluye información en este sentido.

7

Véase https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SAL_UD_MENTAL.pdf (última visita 98/07/2021)

En dicho informe se señala que “Las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, 14,1% frente a 7,2%. El 6,7% de los adultos refiere ansiedad crónica, 9,1% de las mujeres y 4,3% de los hombres. La depresión se declara en la misma proporción que la ansiedad (6,7%), y es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%).”

En suma, se observa que los roles de género asignados a hombres y mujeres guardan correlación con algunas de las características propias del suicidio, sea en los intentos o en las conductas consumadas.

En síntesis:

- El suicidio en **Europa**: la tasa media de muerte por suicidio en la UE para el año 2017 se situó en 11,5 por cada 100.000, superior en hombres (19,2) que en mujeres (4,8).
- La tasa global de muertes por suicidio se situó en España en el año 2020 en **8,3 por 100.000 habitantes**. Entre los hombres alcanzó 11,9 muertes por cada 100.000 habitantes y 4,1 entre las mujeres. Estas tasas aumentan significativamente en la vejez.
- En valores absolutos, se contabilizaron en **España 3.941 suicidios** en 2020, de los que **2.930** correspondieron a **hombres** y **1.011 a mujeres**.
- La **variable edad** es otro elemento por considerar en el suicidio. El suicidio en jóvenes, aunque poco frecuente, es la segunda causa principal de muerte después de los accidentes de tráfico. En franjas etarias superiores se observa un crecimiento del número de suicidios, especialmente elevado para la etapa en la vejez.
- La **paradoja de género** en el suicidio esto es, mayor número de suicidios consumados entre los varones, mientras que las mujeres triplican las tentativas, puede entenderse a partir de diferentes claves. Entre ellas, la OMS señala diferentes orientaciones de abordaje del estrés y el conflicto, medios empleados para la consumación del acto suicida, patrones de consumo de alcohol u otros. Y a su vez, existe conexión con los roles asignados y socialización convencional entre hombres y mujeres.

6. Comprender la conducta suicida: factores de riesgo y de protección e intervenciones relacionadas

Para comprender la conducta suicida es preciso conocer cuáles son los factores de riesgo que lo provocan. Son varios los **factores interrelacionados** (personales, sociales, psicológicos, culturales, biológicos y ambientales), y que, por regla general, “**actúan acumulativamente**” (OMS, 2014; Generalitat Valenciana, 2017: 23). Por tanto, la conducta suicida no depende de un solo factor, sino que habitualmente es un resultado multicausal.

Corresponde atender, igualmente, a los **factores protectores** frente a este comportamiento. Con frecuencia, como se observará, unos y otros guardan afinidad. Por ejemplo, frente a soledad no deseada o situaciones como el acoso (factores de riesgo), la inclusión comunitaria y las redes sociales saludables se convierten en un factor protector del comportamiento suicida. Por tanto, requiere considerarse la interacción, con frecuencia como la cara y la cruz de una misma dimensión, en un sentido análogo a las barreras y los aspectos facilitadores de la actividad y la participación actúan en el ámbito de la discapacidad. Unos y otros factores se contemplan en este capítulo.

El informe de la OMS (2014), *Prevención del suicidio. Un imperativo global*, referencia en lo que se refiere al análisis y políticas de prevención, clasifica los factores de riesgo de la conducta suicida en cinco bloques:

- **Sistemas de salud:** barreras para obtener acceso a la atención a la salud.
- **Sociedad:**
 - Acceso a medios utilizables para suicidarse
 - Notificación inapropiada por los medios de difusión
 - Estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda
- **Comunidad:**
 - Desastres, guerras y conflictos
 - Estrés por desplazamientos y aculturación
 - Discriminación
 - Traumas o abusos
- **Relaciones:**
 - Sentido de aislamiento y falta de apoyo social
 - Conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas
- **Individuo:**

- Intento de suicidio anterior.
- Trastornos mentales.
- Consumo nocivo de alcohol.
- Pérdida de trabajo o financiera.
- Desesperanza.
- Dolor crónico.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Factores genéticos y biológicos (OMS, 2014: 31).

Entre las diferentes clasificaciones de factores de riesgo, merece destacarse asimismo por su utilidad y afinidad con la aportada por la OMS, la propuesta empleada por Giner (2010: .60), quien establece cuatro grupos de factores de riesgo:

- **Antecedentes y sociodemográficos:**
 - Intento previo
 - Caucásico
 - Varón (suicidio consumado)
 - Mujer (intento de suicidio)
 - Antecedentes familiares de conducta suicida
 - Sin pareja
- **Ambientales:**
 - Aislamiento social
 - Accesibilidad a métodos violentos
 - Duelo reciente
 - Acontecimientos vitales estresantes recientes
- **Psicológicos:**
 - Ideación suicida
 - Impulsividad
 - Agresividad
 - Desesperanza
 - Ansiedad
- **Diagnósticos:**
 - Psiquiátricos:
 - Trastornos afectivos
 - Abuso de sustancias
 - Trastornos psicóticos
 - Trastornos de ansiedad
 - Trastornos de la personalidad
 - **Somáticos:** especialmente los crónicos, graves, de mal pronóstico, incapacitantes o dolorosos.

Entre las diferentes propuestas, la presente investigación parte de la clasificación efectuada por la OMS (2014), adaptando algunas categorías de acuerdo con aportaciones posteriores, los objetivos del estudio y los resultados del trabajo de campo.

6.1. Sistema de salud y factores sociales de riesgo

6.1.1. Sistema de salud: acceso y detección

El plan de prevención del suicidio de Euskadi entiende que un factor de riesgo es “aquella característica mensurable de una persona en una población específica que precede a la situación que se está estudiando (en este caso, el suicidio)” (Euskadi, 2019: 87).

Los **sistemas de salud** en un sentido amplio constituyen un espacio de gran responsabilidad ante las situaciones relacionadas con el estudio. En estos se incluye el ciclo que comienza en las acciones preventivas y en la atención primaria y especializada (en psicología, psiquiatría...). Y estos sistemas de salud deben observarse en su doble vertiente: por un lado, como barrera y, por tanto, como factor de riesgo; por otro, como protector eficaz, considerando las garantías de acceso y/o la preparación de los equipos profesionales.

La **existencia de barreras para acceder a los sistemas de salud** constituye un primer factor de riesgo. En este caso, a escala global, las diferencias entre sistemas de salud son muy significativas, tanto en recursos como en conocimientos y en orientaciones.

Además, ya no se trata solo de contar con recursos sanitarios en general, sino también **disponer de servicios de salud mental** en particular. Como se apuntaba en líneas previas, la búsqueda y disposición de ayuda en relación con los comportamientos suicidas y los trastornos mentales resulta trascendental para prevenir estas conductas. Así como la formación y conocimiento de los equipos de atención sanitaria para identificar situaciones de riesgo.

Para el caso europeo quedan patentes diferencias en cuanto a la presencia de psicólogos/as dentro del sistema nacional de salud por cada 100.000 habitantes en la Unión Europea. Según los datos ofrecidos por la plataforma CIVIO (recogido por el blog elordenmundial.com⁸), **España se sitúa en una posición poco favorable para la**

⁸ Véase <https://elordenmundial.com/mapas/cuantos-psicologos-hay-en-sistemas-salud-publicos-union-europea/> (última visita 12/07/2021).

atención psicológica. Así, destacan países como Suecia (58,3 psicólogos por cada 100.000 habitantes) o Dinamarca (54,3 psicólogos por cada 100.000). Ya por debajo de estos valores elevados, otros países como Reino Unido (24,6), Eslovenia (22) o Irlanda (21,2). En la parte más baja del ranking se situarían Portugal (9,6), Italia (8,6), Croacia (8,5), Grecia (7,5) y **España (5,1)**. En la misma línea informa Juan Moisés de la Serna en el portal especializado theconversation.com⁹, donde presenta la proporción de psiquiatras y psicólogos en la Unión Europea.

Se observa, pues, que los servicios asistenciales de salud mental a la población en España son escasos, quedando lejos en comparación con algunos países de la Unión Europea.

6.1.2. Factores de ámbito social general

La OMS (2014) plantea una serie de **factores de ámbito social general** relacionados con la conducta suicida, que pueden contribuir tanto como factores causales (de riesgo) como actuar en su prevención, a través de distintas políticas y actuaciones.

Un primer factor de ámbito social es el **acceso a medios para la comisión del suicidio**. El hecho de tener acceso directo y sencillo a algunos medios, caso de plaguicidas, armas, alturas, vías de ferrocarril, venenos, medicamentos u otros dan lugar a que aumente el riesgo de suicidio. Las preferencias y empleo de unos métodos u otros están condicionadas por factores de tipo geográfico y cultural (OMS: 2014).

Los **medios de difusión/comunicación** desempeñan, asimismo, un papel clave, acrecentado en la actualidad con el uso de las **redes sociales**. Olmo y García (2015) se hacen eco de la influencia de los medios de comunicación, y recogen datos de interés. Entre ellos, constatan cómo el grado de publicidad que se le da a un suicidio se relaciona con el número de intentos posteriores, conocido como **efecto Werther o efecto “imitación”**. Si el acto suicida lo ha realizado una persona célebre, aumenta su publicidad e incrementan los intentos de suicidio posteriores. A este respecto, Wasserman (1984) reexaminó un estudio de Philipps en el Estado de Nueva York a partir de las publicaciones en el diario *New York Times*. Tras la revisión concluye que hay una relación significativa entre el suicidio de una celebridad y suicidios en tiempos posteriores.

Esta información puede complementarse con la publicada en otros diarios: https://www.eldiario.es/sociedad/defensor-pueblo-sanidad-psicologos-habitantes_1_1053594.html (última visita 12/07/2021)

⁹ Véase <https://theconversation.com/espana-por-debajo-de-la-media-europea-en-profesionales-de-la-salud-mental-en-plena-pandemia-154536> (última visita 12/07/201).

Del mismo modo que existe el efecto Werther, existe el **efecto Papageno**¹⁰, que actúa a modo preventivo si se realiza una comunicación responsable y siguiendo unas pautas establecidas. Hablar del suicidio en este sentido se convierte en una medida preventiva del mismo.

Sobre cómo ofrecer información sobre las conductas suicidas puede traerse a colación el “Manual de Estilo” de RTVE. En el apartado “tratamiento del suicidio”¹¹, hace mención a que se eviten informaciones e imágenes referidas a suicidios y autolesiones de gravedad. Se permite como excepción, y siempre que esté muy justificado, cuando se trate de personalidades relevantes o sea un hecho social de interés general. En cualquier caso, debe **garantizarse una información responsable**, teniendo en consideración los sentimientos de los parientes, que evite una descripción detallada del método y que se tenga en consideración la sensibilidad del público receptor. Recientemente, en el año 2020, el Ministerio de Sanidad publicó las *Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación. Manual de apoyo para sus profesionales*¹². Del mismo modo, la Confederación Salud Mental ha publicado guías de estilo y comunicación sobre estos hechos¹³.

Internet y las **redes sociales** comportan prácticas que convierten estos espacios, en relación con las mismas, en factores de riesgo. Para el caso de menores merece destacarse la práctica del *grooming*, con la que una persona adulta gana la confianza de una persona joven a través de Internet, consiguiendo tener el control y poder sobre ella, y cuyo fin es el abuso sexual. Las consecuencias del *grooming* en la víctima se asocian con la depresión, la baja autoestima, la desconfianza, el aislamiento y las ideas e intentos de suicidio (Arab y Díaz, 2015: 10).

Entre los factores sociales de riesgo se incluye el **estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda**. Esto es, el mismo hecho de buscar ayuda por comportamientos suicidas o problemas de salud mental, así como por el consumo de determinadas sustancias se encuentra seriamente estigmatizado en distintas sociedades, por motivos culturales y valorativos. El estigma se extiende a amigos y

¹⁰ Nombre del personaje de la ópera "La Flauta Mágica" que Mozart creó en 1791. El personaje, en forma de hombre-pájaro, se enamora perdidamente de una de sus compañeras. Al no ser este amor correspondido Papageno decide matarse, cosa que nunca llevará a cabo porque tres de sus amigos lo convencen ofreciéndole otras alternativas en la vida.

¹¹ Disponible en <http://manualdeestilo.rtve.es/cuestiones-sensibles/5-12-tratamiento-del-suicidio/>

¹² Puede consultarse en <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2020/170720-Manual.pdf> (última visita 19-04-2021).

¹³ Véase <https://consaludmental.org/centro-documentacion/recomendaciones-tratamiento-suicidio-medios-comunicacion/> (última visita 25/06/2021)

familiares, que se desaniman a la hora de buscar ayuda para la persona que se encuentra con necesidad de asistencia. Esta estigmatización en el hecho de buscar ayuda (profesional o no) es más acentuada para el caso de los hombres, asociada a los roles asignados al sexo masculino.

6.2. Factores de riesgo en la comunidad y las relaciones

Próximos a los factores sociales generales, se sitúan los correspondientes a la comunidad y las relaciones, básicos dado que el ser humano es un ser social que vive en comunidad. La OMS (2014) diferencia seis ámbitos o grupos de factores en el plano de la comunidad y las relaciones.

- Un primer factor son los **desastres, guerras y conflictos**. Entre los **desastres naturales** se incluyen algunos como huracanes, terremotos, inundaciones, olas de calor... En este sentido, no hay información concluyente. El estudio de Kolves *et al.* (2013) afirma que se produce una caída de los comportamientos suicidas (sin consumir) en el periodo inicial posterior al desastre (fase “luna de miel”), aunque pasado el tiempo, parece existir un aumento de este comportamiento. No obstante, demandan cautela y piden relacionar esta circunstancia con problemas de salud mental previos y condiciones socioeconómicas.

De igual manera, en **guerras y conflictos** puede suceder que, como consecuencia de las laminaciones en bienestar social, en salud, vivienda u otros, aumenten los riesgos de comisión de comportamientos suicidas.

- Un segundo factor es el **estrés por desplazamientos y la aculturación**. En el primero de los casos, se hace referencia a los desplazamientos forzados, que afectan a la calidad de vida, a la salud mental y al desarrollo de las comunidades.
 - En las **personas desplazadas** forzosamente se acumulan sentimientos de desesperanza, pérdida del sentido, desprotección, tensión y conflicto, y por regla general, el miedo (Alejo *et al.*, 2007). En estas personas desplazadas se han hallado trastornos por estrés postraumático o depresión mayor (Herrera y Patermina, s.f), unos trastornos que se asocian con mayor riesgo de comportamiento suicida.
 - Por otro lado, se encuentran diferentes muestras de cómo afecta a las comunidades indígenas su pérdida de identidad o cultura. En el estudio de Corpas (2011) figuran las causas del acto suicida en varias comunidades amerindias. En algunas de ellas el suicidio se cometió por

la “occidentalización basada en la destrucción de sus culturas y la apropiación de sus tierras”.

- Como tercer factor de riesgo en la comunidad y en las relaciones se encuentra la **discriminación**. Hace referencia a actitudes de exclusión a determinados grupos sociales, como pueden ser personas LGTB, población afroamericana, refugiados/as...Y es que este hecho puede provocar rechazo y estigmatización hacia dichos colectivos, y encontrarse una correlación positiva entre discriminación y suicidio. En un estudio de revisión bibliográfica efectuado por Tomicic *et al.* (2016) se indicaba que la población LGTB muestra peores indicadores de salud, con sintomatología depresiva y ansiosa, además de abuso de sustancias y conductas autolíticas, situándose como factor de riesgo de suicidio. El *Movement Advancement Project* publicó en el 2017¹⁴ unas guías de conversación referente a la comunidad LGTB. En una de sus guías identificaron unos factores asociados con mayor prevalencia de comportamientos suicidas en este colectivo. Dentro de estos factores incluían: aislamiento social y baja autoestima, abuso de sustancias, depresión, ansiedad y otros trastornos mentales, rechazo familiar, *bullying*, *cyberbullying*, intimidación y maltrato. La **discriminación**, por tanto, es un factor de peso, y como se observará en el capítulo siguiente, afecta al **colectivo de las personas con discapacidad**.
- Por su parte, tanto los **traumas psicológicos** como los **abusos** pueden desencadenar episodios depresivos y comportamientos suicidas. En lo relativo a los abusos sexuales, estos pueden afectar negativamente a la adaptación psicológica y mental de los menores, con consecuencias a más largo plazo (Cortés *et al.*, 2011).
- El **aislamiento y falta de apoyo social**. Se entiende por **aislamiento social** la situación **objetiva** de mínimos contactos con otras personas, mientras que la **soledad** es la **percepción subjetiva** de una presencia de menor afecto y cercanía, alejada de la deseada (Gené-Badía *et al.* 2016: 605). Dicho aislamiento, al igual que la carencia de redes sociales, pueden ir parejas de depresión, que, asimismo, puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas. Dicha situación suele apuntarse en las personas mayores, también en aquellas con discapacidad (conviene tener en cuenta que la discapacidad aumenta con la edad).

¹⁴ Disponible en <https://www.lgbtmap.org/file/como-hablar-sobre-el-suicidio-y-las-poblaciones-lgbt-segunda-edicion.pdf> (última visita 26/06/2021)

- La **carencia de una red relacional** que sirva de apoyo ante determinadas situaciones puede afectar al bienestar de las personas, ya se trate de redes de individuos, familiares, vecindarios o comunidades.

6.3. Factores individuales de riesgo

Aun dentro de la dificultad de escindir el ámbito social respecto al personal, los factores individuales de riesgo “se relacionan con la probabilidad de que una persona tenga comportamientos suicidas” (OMS, 2014: 40), haciendo hincapié en la vulnerabilidad individual o en la capacidad de recuperación. De hecho, algunos de estos factores, como las pérdidas de trabajo o financieras, se vinculan estrechamente con la estructura y la coyuntura social, que en momentos de crisis puede dar lugar a aumentos del desempleo, los cuales afectan además de manera desigual: en especial a trabajadores vulnerables, con condiciones precarias, a mujeres y jóvenes.

Siguiendo el esquema planteado por la OMS (2014), entre los factores individuales se cuentan: a) intento de suicidio anterior, b) trastornos mentales, c) consumo nocivo de alcohol y otras sustancias, d) pérdidas de trabajo y financieras, e) la desesperanza, f) el dolor crónico y las enfermedades, g) los antecedentes familiares de suicidio y h) los factores genéticos y biológicos.

- El factor de riesgo que se asocia de manera más acusada con el suicidio es el **intento de suicidio anterior**.
- Otro factor individual evaluable es la presencia de **trastornos mentales**. A pesar de que el suicidio es multifacético y multicausal, el riesgo de suicidio se asocia con experimentar una enfermedad mental. Se estima que el 90% de las personas que mueren por suicidio tienen un trastorno mental (Harris y Barraclough, 1997; Huerta, 2015: 49; Bedoya y Montaña, 2016: 181), aunque con variabilidad según el diagnóstico. Se considera que el trastorno mental aumenta el riesgo de suicidio entre 5 a 15 veces más que para el caso de la población general (de Bedout, 2008: 181).

En este sentido, **a raíz de la covid-19 se observa un aumento de los trastornos psicológicos**, relacionados con riesgo de suicidio. La OMS afirma que el deterioro de la salud mental se ha convertido en una “pandemia paralela a la covid-19”. “Las enfermedades mentales están pasando factura, tanto para quienes que ya estaban bajo cuidados psicológicos como para quienes que nunca habían buscado su apoyo en materia de salud mental. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha constatado que la pandemia ha hecho que la mitad de los jóvenes de entre 18 y 29 años sufran depresión y ansiedad, y que

hasta el 20% de los trabajadores sanitarios sufran igualmente" (Hans Kluge, director general de la OMS para Europa, en Euronews (2021).

En el estudio de caso efectuado por Giner (2010) sobre suicidio consumado en la provincia de Sevilla y de intentos de suicidio en tres hospitales universitarios de Madrid, la patología que se detectaba con mayor frecuencia en hombres y en mujeres fue el **trastorno depresivo mayor** (tanto en intentos de suicidio como en suicidio consumado). Para el caso de las **mujeres**, además del mencionado, se le añaden los **trastornos de ansiedad** (ansiedad generalizada, trastorno de angustia y trastorno adaptativo). También son frecuentes los trastornos relacionados con el **alcohol**, sea su abuso o su dependencia. En los **hombres**, la principal patología era el trastorno depresivo mayor, seguido de los trastornos relacionados con el alcohol.

Algo similar sucede en relación con las **tentativas de suicidio**. En este caso, la existencia de antecedentes psiquiátricos es el más relevante en lo que respecta al intento de suicidio. Un estudio de caso realizado para un área territorial de Galicia mostraba que éste era el principal antecedente, y de la muestra (212 personas), 129 eran mujeres y 80 eran hombres. Le seguía el intento de suicidio previo, con una muestra de 133 personas, de las que 81 eran mujeres y 52 eran hombres (Vázquez-Lima *et al.*, 2012)

- Un tercer factor individual de riesgo es el **consumo nocivo de alcohol y otras sustancias**, consumo que aumenta el riesgo de suicidio. La dependencia al alcohol es un factor de riesgo importante para el comportamiento suicida (Sher, 2006). Del mismo modo, existen evidencias de que el abuso de alcohol predispone al comportamiento suicida, como consecuencia de sus efectos depresivos, al tiempo que deteriora las habilidades sociales de las personas (Brady, 2006).

Según Pérez Gálvez (2014a: 612), el consumo abusivo del alcohol se asocia con la conducta suicida, entre otras cuestiones **por la desinhibición que provoca**, aumentando los intentos autolíticos que pueden llegar a ser letales. Además, se muestran algunos factores de riesgo específicos en el alcoholismo, como son la **comorbilidad** (con otras patologías psiquiátricas), la existencia de **acontecimientos estresantes adversos** a lo largo de la vida, la **desesperanza**, la **agresividad** y la **impulsividad**.

El consumo y dependencia de **otras sustancias** también son un factor individual de riesgo de suicidio. Entre éstas destacan el cannabis, la cocaína o los opiáceos (especialmente la heroína). En el metaanálisis efectuado por Wilcox *et al.* (2004) se reflejaba la asociación entre abuso de sustancias y suicidio (todo y pese a

que consideraban que todavía existía poca investigación sobre trastornos del consumo de drogas y suicidio). Pérez Gálvez (2014b) estima que entre las personas adictas a opiáceos se da un riesgo de suicidio 13,5 veces superior al de las personas no consumidoras de estas drogas.

Del mismo modo, también existe relación entre la cocaína y la autolisis y el suicidio. Petit *et al.* (2012) afirman que la cocaína es la sustancia psicotrópica con mayor potencial suicida. La prevalencia del suicidio entre sus consumidores varía entre el 9,4% y el 20%. Pérez Gálvez (2014b) recuerda que, entre la población atendida en servicios de urgencias, el 44% de los/las pacientes que presentan un trastorno por uso de cocaína tienen ideaciones suicidas.

- Como cuarto factor a agregar a la lista se encuentran las **pérdidas de trabajo o financieras**. En este aspecto, situaciones vitales estresantes como éstas aumentan el riesgo de suicidio, al asociarse con otros factores, como la depresión, la ansiedad o el consumo de alcohol¹⁵. Circunstancias, como se observa, donde se cruzan factores sociales, como una crisis económica, con su componente individual¹⁶.
- Un quinto factor de riesgo es la **desesperanza**. Los vacíos existenciales dan pie, entre otros, a la ausencia de objetivos vitales. Esta desesperanza puede comportar riesgo suicida, **más si cabe cuando va unido a otras condiciones personales relativas a la salud física, social y/o económica** (García-Alandete *et al.*, 2009: 448). En relación con la emoción de la desesperanza, Sánchez-Teruel *et al.* (2018), concluyen que este estado de ánimo “determina la realización de una tentativa suicida (...) [debido a] una sensación de pérdida de

¹⁵ Se ha estudiado la posible correlación entre las crisis económicas y los suicidios, sin que existan datos concluyentes. La publicación de Kosntantinos *et al.* (2012) estima que no puede afirmarse la correlación entre crisis económicas y suicidios y, de facto, añaden que “las interpretaciones excesivas prematuras son no solo imprudentes, sino también dañinas”. Para el caso español y en relación con la crisis económica iniciada a finales del 2007 (Gran Recesión), Iglesias-García *et al.* (2017) aseveran que la correlación entre desempleo y suicidio es relevante en periodos de estabilidad económica, pero más débil durante dicha crisis. Pacheco (2021) afirma que el efecto de las crisis económicas y de desempleo, en lo que se refiere suicidios, se advierte no en el propio momento de la crisis, sino transcurrido un tiempo, en tanto los efectos de estas pérdidas y traumas se procesan por las personas/colectivos afectados.

Un último estudio reciente de Pirkis *et al.* (2021), trae a colación el fenómeno de la pandemia y su relación con el comportamiento suicida. También puede encontrarse más información sobre pandemia y suicidio en Al-Halabi (2021). “Impacto de la COVID-19 en las tasas de suicidio: una oportunidad para la prevención”. INFOCOP

¹⁶ Existe una escala de medición de la desesperanza, conocida como Escala de Beck (BHS en inglés). Puede verse en https://hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_desesperanza.pdf (última visita 26/06/2021)

control sobre lo que está sucediendo en la propia vida (...) e incrementando la necesidad de acabar con esa sensación”

- Como sexto factor individual de riesgo se encuentra el **dolor crónico¹⁷ y las enfermedades**.
 - Según diversos autores, las personas con dolor crónico muestran tasas más elevadas de ideaciones y tentativas de suicidio. Hay que considerar que algunas de las consecuencias del dolor son la ansiedad y la depresión, generándose pensamientos negativos que agudizan más la percepción del dolor (Amaya *et al.*, 2013).
 - Huerta (2015: 47) también trae a colación el dolor crónico e intenso, así como la discapacidad. Así, según la autora, existe mayor presencia de conductas suicidas en “pacientes con algún tipo de cáncer, VIH, enfermedad de Huntington, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, lesiones medulares, ictus, migraña o lupus...”. Del mismo modo, también hace referencia al papel desempeñado por los trastornos depresivos.
- Otro factor de riesgo es la existencia de **antecedentes familiares de suicidio**. Un suicidio acaecido en el seno de la unidad familiar puede ejercer notable influencia en la vida de una persona. Los familiares sienten emociones de diverso tipo: culpa, vergüenza, ansiedad, angustia. Estos sentimientos pueden abocar a mayores riesgos de suicidio o a trastornos mentales.
- Finaliza el apartado con los **factores genéticos y biológicos**. Algunos de los factores biológicos que guardan relación con comportamientos suicidas se sitúan en el sistema serotoninérgico, el noradrenérgico, el dopaminérgico, las hormonas sexuales, la orexina o el colesterol (Guija *et al.*, 2012)

¹⁷ “El dolor crónico es el que persiste o se repite en un período superior a 3 meses, persiste más de 1 mes después de la resolución de una lesión tisular aguda o acompaña una lesión que no cicatriza. Las causas incluyen trastornos crónicos (p. ej., cáncer, artritis, diabetes), lesiones (p. ej., hernia de disco, torsión del ligamento) y muchos trastornos de dolor primario (p. ej., dolor neuropático, fibromialgia, cefalea crónica)” [https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurologicos/dolor/dolor-cr%C3%B3nico#:~:text=El%20dolor%20cr%C3%B3nico%20es%20el,diabetes\)%2C%20lesiones%20\(p.](https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-neurologicos/dolor/dolor-cr%C3%B3nico#:~:text=El%20dolor%20cr%C3%B3nico%20es%20el,diabetes)%2C%20lesiones%20(p.)

6.4. Los acontecimientos o factores precipitantes

Junto a los factores de riesgo, como un dinamismo multicausal de la conducta suicida en sus diferentes expresiones, es preciso tener en cuenta los factores o acontecimientos denominados como **precipitantes** o **desencadenantes**, referidos a situaciones que “pueden provocar un estrés intenso en un momento particular en una persona y pueden precipitar un acto suicida” (Euskadi, 2019: 14). Este plan autonómico señala que existe una **diferenciación según el sexo** en relación con estos factores precipitantes. Así para los **hombres** destacan los conflictos interpersonales, problemas laborales y/o desempleo, o problemas de salud en la familia. Mientras, para las **mujeres** señalan otro tipo de estresores precipitantes, como “los trastornos mentales, los conflictos interpersonales y la pérdida de seres queridos” (Euskadi, 2019: 14).

En suma, se trata de **acontecimientos traumáticos** o **pérdidas en diferentes dimensiones de la vida** de una persona, sea la de un ser querido, una ruptura sentimental, un empleo, la vivienda¹⁸, pérdida de capacidad adquisitiva... Incluyendo pérdidas en el terreno de la salud.

6.5. ¿Qué protege a las personas de los riesgos de suicidio?

Los factores protectores son aquellas características, sociales e individuales, que hacen menos probable que la persona considere el intento de suicidio o se suicide. Relacionados con los factores de riesgo, se sitúan en el ámbito social, comunitario, personal. Algunos ejemplos son: una imagen positiva de sí mismo, adecuada capacidad para resolver problemas, apoyo social, búsqueda de ayuda... (Dumon y Portzky: 11).

Uno de los factores protectores citados por la OMS (2014) es la existencia de **sólidas relaciones personales**. Las pérdidas y conflictos en las relaciones pueden desencadenar hechos luctuosos. En contrapartida, **contar con relaciones estrechas saludables actúan como factor protector de prevención del suicidio**. En épocas críticas de la vida de una persona es favorable contar con un círculo social (pareja, familiares, amistades...) que pueda actuar como soporte para sobrellevar situaciones

¹⁸ Recientemente se han dado episodios de suicidio consumado como consecuencia de los desahucios, de la pérdida de la vivienda. Un ejemplo se expone a continuación: https://www.elconfidencial.com/sucesos/2021-06-15/suicidio-desahucio-sants-barcelona_3131940/ (última visita 26/06/2021)

difíciles. El apoyo puede ser **social**, pero también de carácter **emocional**, y éste puede reducir las emociones negativas asociadas a las pérdidas y conflictos.

La OMS destaca asimismo como factor protector las **estrategias positivas de afrontamiento**. En este sentido, algunos rasgos de la personalidad basculan hacia una mayor o menor vulnerabilidad frente a determinadas situaciones adversas, y, por tanto, habrá diferentes situaciones de afrontamiento al estrés o a problemas. Determinadas **cualidades y competencias**, tales como la **estabilidad emocional**, el **optimismo**, la **autoestima sana**, la **capacidad de resolución de problemas** son elementos que sumar a una actitud más o menos positiva frente a la adversidad.

Un segundo factor recogido por la OMS como factor protector o preventivo del suicidio viene de las **creencias religiosas o espirituales**. La espiritualidad se ha manifestado como beneficiosa para las personas mayores, tal y como ha mostrado el grupo Encagen-CM¹⁹, dedicado al envejecimiento activo y a la calidad de vida de las personas mayores para la Comunidad de Madrid. La espiritualidad y la religión pueden proporcionar beneficios psicológicos, con actitudes positivas y esperanzadas hacia la vida y la enfermedad, relacionadas con el sentido de la vida, con propósitos marcados, y que, en definitiva, sean beneficiosos para la salud y para las relaciones sociales y familiares.

Entre estas cualidades de la personalidad, relacionadas con el afrontamiento de crisis, cabe añadir la **voluntad o disposición de buscar ayuda ante determinados problemas**. Esto aplica en especial a los casos de trastornos de salud mental, los cuales se encuentran **estigmatizados**, y que pueden ser una variable que dificulte o impida la petición de ayuda (búsqueda no sólo de la persona potencialmente suicida sino también amistades y familiares²⁰).

Entre las iniciativas europeas cabe destacar la experiencia de la red "**Eurogenas**" (vigencia 2010-2014) (*European Regions Enforcing Actions Against Suicide*) y en la que participaron varios países europeos, entre ellos, España. Una de sus publicaciones es *Directrices Generales para la Prevención del Suicidio*, elaborada por Eva Dumon y Gwendolyn Portzky, y en ella se indica un conjunto de factores que pueden aumentar o disminuir el riesgo suicida. Entre los **factores protectores** figuran **los conocimientos y actitudes hacia el sistema de salud, la accesibilidad a la red de salud mental, el apoyo social, el diagnóstico y tratamiento** y, por último, los **programas de**

¹⁹ Puede visitarse su página web en <http://encage-cm.es/>

²⁰ Al respecto, y para España, existe una aplicación para dispositivos móviles llamada *Prevensuic*. En ésta figuran instrucciones a seguir para la solicitud de ayuda tanto para personas con ideaciones suicidas o que estén valorando esta acción, como para los familiares y allegados.

prevención. Dentro de las estrategias clave para la prevención del suicidio recogen **tres niveles: prevención universal, selectiva e indicada.**

El primero de los niveles, el **universal**, tiene como colectivo destinatario al conjunto de la población, y pone como ejemplo las campañas de concienciación sobre resiliencia mental. El nivel de prevención **selectiva** va dirigido a grupos de población con mayor riesgo de conducta suicida, y en su seno incluye la formación al personal médico de atención primaria. Por último, el nivel de prevención **indicada** (o terciaria) tiene como colectivo diana a las personas que se encuentran afectadas por un suicidio, en cuyo caso, lo ejemplifica con mejoras en los tratamientos y en el seguimiento de las personas que han intentado un suicidio.

Por su parte, la *Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio*, recoge tres tipos de factores preventivos: **personales, familiares y sociales**²¹, los cuales convergen con lo ya apuntado. Entre los **factores personales**:

- Salud física y mental: un buen estado de salud así como el bienestar emocional.
- Nivel intelectual, en el sentido de que éste sea elevado, al tiempo que exista capacidad de aprendizaje.
- Competencias varias tales como la resolución de problemas, el manejo del estrés, las habilidades sociales y los hábitos saludables.
- Variables psicológicas, entre ellas: positividad, esperanza, optimismo, sentido del humor, confianza en sí mismo, autoestima...
- Y en general, unos buenos niveles de actividad.

Entre los **factores familiares**:

- Apoyo familiar y vida en pareja, consiguiendo así un sentido de pertenencia.
- El cuidado de hijos/as y otras personas dependientes.
- Experiencia maternal o paternal positiva.

Como **factores sociales**:

- Competencias prosociales, entre ellas el respeto, la solidaridad, la tolerancia, la amistad y la inclusión.
- Factores socio-culturales y étnicos: identidad cultural.

²¹ <http://papageno.es/factores-protectores-suicidio>

- Apoyo social: entendido como unas buenas relaciones con otras personas, así como redes sociales estructuradas. Asimismo, se incluye la integración social y el sentido de pertenencia.
- Variables ocupacionales y económicas: empleo estable y digno, oportunidades educativas, profesionales, recreativas, económicas y de acceso a una vivienda digna.
- Variables sociosanitarias: Acceso a servicios de salud mental y de atención a adicciones. Apoyo frente a las desigualdades sociales y a los colectivos vulnerables. Formación del personal de atención primaria para la detección de enfermedades mentales, comportamientos suicidas o diversidad sexual.

En suma, se conoce ya un conjunto de actuaciones con resultados en la prevención de los comportamientos suicidas en distintos ámbitos y en relación con colectivos específicos, incluyendo dimensiones relacionadas con la perspectiva de género.

A modo de **resumen de aspectos clave**:

- Los factores que dan lugar a una conducta o comportamiento suicida son variados y actúan acumulativamente.
- La OMS (2014), organismo de referencia en la materia, clasifica los factores de riesgo en: a) sistemas de salud; b) sociedad; c) comunidad; relaciones; d) individuo/individuales.
- Sistemas de salud. Un factor de riesgo es la carencia o escasa presencia de servicios de salud para la población, ya sea salud en general o salud mental en particular. España se sitúa en una posición poco satisfactoria en comparación con otros países europeos en relación con los servicios de salud mental.
- Sociedad. Varios factores por considerar dentro del apartado social-estructural, como el papel de los medios de difusión/comunicación, incluyendo Internet y las redes sociales y el estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda, más difíciles de suceder en el caso de los varones, al tiempo que se le une el estigma hacia el uso de servicios de salud mental; o el acceso a medios para la comisión de esta conducta.
- Comunidad y relaciones. Acontecimientos como los desastres, guerras y conflictos, desplazamientos forzados y aculturación, provocan situaciones de estrés que aumentan la probabilidad de comportamientos suicidas. A su vez, la discriminación que experimentan determinados colectivos (entre ellos las

personas con discapacidad), el sentido de aislamiento y la falta de apoyo, las carencias en la red relacional también son factores relacionados con el aumento de esta conducta.

- Factores individuales. En este ámbito se incluyen trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol y otras sustancias, el dolor crónico y otras enfermedades, así como pérdidas de trabajo y/o financieras, desesperanza.
- Además de factores de riesgo, existen los denominados factores precipitantes o desencadenantes, que se refieren a situaciones que “pueden provocar un estrés intenso en un momento particular en una persona y pueden precipitar un acto suicida” (Euskadi, 2019: 14).
- Factores protectores del suicidio. Entre ellos destacan relaciones personales saludables; creencias religiosas o espirituales; estrategias positivas de afrontamiento, con cualidades destacables como la estabilidad emocional, el optimismo, la autoestima o la capacidad de resolución de problemas;
- Prevención del suicidio. La experiencia apunta la necesidad de establecer estrategias de prevención multinivel, en tres ámbitos/planos: universal (colectivo destinatario la población en general), selectiva (dirigida a grupos de población con mayor riesgo de conducta suicida) y la indicada o terciaria (dirigida a personas afectadas por un suicidio).

7. El suicidio de las personas con discapacidad: una cuestión social de primera magnitud

Teniendo en cuenta el análisis realizado en el capítulo anterior, en sus aspectos sociodemográficos, factores de riesgo y protectores, se plantea una aproximación a estas conductas en el ámbito de la discapacidad, a partir del conocimiento disponible. Como se observará, el conocimiento disponible apunta aspectos que guardan relación con la salud corporal, psíquica, así como factores sociales (biopsicosociales).

7.1. Perfiles de discapacidad, edad, sexo...: los factores de riesgo en interacción

Diferentes estudios han abordado la cuestión del suicidio en relación con perfiles específicos de discapacidad. Se plantea, como punto de partida, un acercamiento a estas contribuciones.

Nagraj y Omar (2017) realizaron una revisión de la literatura científica en la que analizan esta relación. Dan cuenta de una serie de estudios para diferentes tipos de discapacidad, entre ellas, la intelectual, la provocada por trastornos del aprendizaje y por trastornos mentales. Entre los estudios considerados se halla el de Pack *et al.* (1998), que, para una muestra de 2474 personas de entre 13 y 16 años, y donde 194 estaban diagnosticadas con una discapacidad intelectual, encontraron que existía una gran proporción de intentos de suicidio en adolescentes con discapacidad intelectual. Otro estudio (Svetaz *et al.*, 2000), trataba sobre adolescentes con y sin problemas de aprendizaje y su sufrimiento emocional. Llegaron a la conclusión de que los adolescentes con problemas de aprendizaje tenían el doble de riesgo de sufrimiento emocional, además de que el riesgo en intentos de suicidio era el doble para las mujeres en comparación con los hombres. En el estudio de Kjelsberg *et al.* (1994) se atendió a pacientes con trastornos mentales. Para ello acudieron a una muestra de pacientes psiquiátricos con un periodo de seguimiento de 15 años. De estos, se habían suicidado el 1,7% de mujeres y el 2,2% de hombres. Al tiempo, compararon pacientes que se habían suicidado con quienes no lo habían hecho. Concluyeron que el grupo de población que había consumado el suicidio tenía **síntomas depresivos**²², **peor autoestima** y **rechazaba ayudas**. Además, carecía del **apoyo** de sus ascendientes. Se

²² Así pues, se aprecia que hay relación entre trastornos mentales y comportamientos suicidas, y entre las primeras destaca la depresión (Navío y Pérez, 2020).

observa, por tanto, tal como apunta el capítulo anterior, una combinación de factores, de ámbito corporal, social-comunitario, y del proceso psicológico-personal.

También de interés el trabajo realizado por Lee *et al.* (2017), basándose en un estudio con una muestra de 990.598 personas y en el que se analizaba la causa de la muerte en el periodo del 2003-2013. Trataba de estimar el riesgo de suicidio asociado a la discapacidad (y sus tipos). Sus resultados mostraron que la tasa de riesgo de suicidio entre las personas con discapacidad fue 1,9 mayor en comparación con las personas sin discapacidad, siendo mayores en los casos de discapacidad por trastorno mental, insuficiencia renal, lesión cerebral y discapacidad física.

Los siguientes apartados se centran en algunos estudios sobre perfiles específicos de discapacidad, del mismo modo que se atiende a la variable edad, en concreto para los casos de la infancia y la juventud, atendiendo a los distintos factores de riesgo.

7.1.1. Discapacidad física

Entre los diferentes estudios en relación con la discapacidad física, parte de ellos consideran las “enfermedades físicas”, que pueden ser crónicas. Es necesario apuntar este señalamiento inicial, al tratarse de aspectos diferentes (enfermedad crónica/discapacidad), aunque puedan estar relacionados.

El estudio de Khazem *et al.* (2015) realiza un estudio sobre personas con discapacidades físicas e ideaciones suicidas. Llega a la conclusión de que las personas con discapacidad reportan una mayor **percepción de carga** (carga percibida) y “audacia a la muerte” o ideaciones suicidas, de ahí que abogue por **medidas preventivas para la reducción de la carga percibida**.

Por su parte, Onyeka *et al.* (2020) tratan la relación entre la salud física y el suicidio. A partir del análisis del censo de Irlanda del Norte del 2011 (n= 1.196.364) los resultados mostraban que uno de cada ocho individuos informaba de más de dos condiciones de (mala) salud física, y uno de cada cuatro tenía limitaciones en las actividades de la vida diaria, y en el seguimiento realizado de este colectivo, de 51.672 fallecidas, 877 había sucedido por suicidio. Además, aquellas personas con una elevada limitación en su vida diaria tenían tres veces más probabilidades de fallecer por suicidio. Por tanto, concluyen, la “enfermedad física”, al ejercer influencia sobre el ejercicio de las actividades de la vida diaria, eran un factor que considerar en el riesgo de suicidio.

Existen trastornos del movimiento, enfermedades crónicas que pueden provocar un deterioro en las funciones de la persona, además de crisis de corte psicológico. El estudio de Demsey *et al.* (2012) indaga sobre la relación entre este deterioro funcional junto a la depresión y a la ansiedad en personas con trastornos del movimiento. Llegaron

a la conclusión de que es relevante el papel de **carga autopercebida** por parte de la persona con dicho trastorno.

También se han realizado revisiones de estudios acerca de la asociación entre enfermedad física/discapacidad funcional y conducta suicida, en sus diferentes grados y comportamientos. Entre ellos se cuenta el estudio de Fässberg, *et al.* (2016), centrado en **personas mayores de 65 años con enfermedades físicas o discapacidades funcionales**. Esta investigación realiza un metaanálisis de 65 artículos, y observa que 59 estudios cuantitativos validaban la asociación entre discapacidad funcional y diferentes tipos de enfermedades, algunas de ellas malignas, trastornos neurológicos, dolor, enfermedades hepáticas u otros. Concluían que la discapacidad funcional y determinadas enfermedades específicas están asociadas a la conducta suicida en las personas mayores de 65 años.

En una misma línea, Russel *et al.* (2009) revelaban que la discapacidad física está asociada con un mayor riesgo de **ideación suicida**. Este resultado se encuentra también en el estudio de Khazem (2017) donde, además de esta asociación, incluye los factores de **carga autopercebida** y de **dolor**, con mayor riesgo de suicidio. Una percepción de carga que, apunta, se observa en casos de enfermedades reumáticas (p.e., artritis) o en el dolor agudo o crónico. Para el caso de las personas que cursan **dolor crónico**, asimismo, se asocia con el sentimiento de **soledad** y de “pertenencia frustrada”, que, a su vez, puede ser motor de ideaciones suicidas. Concluyen que la tasa de suicidio después de adquirir una discapacidad física (p.e., lesión de la médula espinal) es un ejemplo de la relación entre ambas variables. La presencia de una discapacidad física apunta el autor, puede ser obstáculo para la realización de las actividades de la vida diaria de la persona. A ello le suman factores de tipo **social**, entre ellos, las tasas de **empleo** inferiores al conjunto de la población y las mayores probabilidades de que sufran eventos sociales negativos, como la **discriminación** o el **acoso** laboral. También agrega variables como la **estigmatización**, la soledad, el **menor sentido de la vida consecuencia de la discriminación** por discapacidad. Por último, observa que las personas adultas con discapacidad tenían tres veces más probabilidades de ideación suicida que las personas sin discapacidad.

En relación con la **esclerosis múltiple**, el estudio realizado por Lewis *et al.* (2017) informa de que las personas con esclerosis múltiple experimentan episodios o síntomas depresivos que pueden llevar a mayores tasas que ideación suicida. En el estudio se analizaba la relación entre discapacidad-depresión-ideación suicida, alcanzando como resultado que **los síntomas depresivos mediaban la relación entre discapacidad (percibida y real) y la ideación suicida**. Algunas conductas, como “temblores” o “tardar más en hacer las cosas”, estaban asociadas al suicidio.

Respecto al **Parkinson**, Berardelli *et al.* (2019) evalúan el riesgo de suicidio en esta enfermedad, relacionándola con la discapacidad percibida, la desesperanza y las modificaciones de sus temperamentos afectivos. El resultado obtenido es que los pacientes con esta enfermedad tenían mayor ideación suicida y mayor discapacidad percibida, y concluyen que un aumento de la discapacidad percibida lleva a mayores ideaciones suicidas.

De acuerdo con la investigación de Dreer *et al.* (2018), el **daño cerebral traumático** es otra discapacidad que se relaciona con la ideación suicida: constituye factor de riesgo también para la conducta suicida en sus distintos grados.

7.1.2. Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Otras discapacidades han sido estudiadas en relación con el suicidio. Entre ellas las relacionadas con el Trastorno del Espectro Autista (TEA). La Confederación Autismo España (2020) establecía algunos **factores de riesgo** que daban un incremento de las posibilidades de suicidio en las personas diagnosticadas por TEA. Entre los factores de riesgo destacan:

- Las dificultades en el acceso a los apoyos y a una atención especializada relacionadas con su salud mental.
- El desgaste emocional y el estrés.
- El escaso sentimiento de pertenencia a la comunidad.
- El aislamiento social.

En relación con el **síndrome de Asperger**, Cassidy *et al.* (2016), realizan una encuesta a personas adultas diagnosticadas con este síndrome en Inglaterra. De 367 personas encuestadas, entre 2004 y 2013, 127 reportaron planes o intentos de suicidio y 116 reportaron depresión. De hecho, los adultos con síndrome de Asperger eran más propensos a la ideación suicida durante su vida que los individuos en general, que las personas con varias enfermedades médicas o que las personas con enfermedad psicótica.

Autistica, la organización benéfica de investigación sobre el autismo del Reino Unido presentó un informe sobre autismo y suicidio. La investigación publicada en 2019 sugería que hasta el 11% de las personas que fallecían por suicidio en el Reino Unido podían ser autistas. Al mismo tiempo, declaran que el suicidio es una de las principales causas de muerte prematura en la comunidad autista. Además, es más prevalente en mujeres con síndrome de Asperger que sin él. Consideran que los **factores** que hacen que aumente el riesgo de suicidio de personas autistas son: el **aislamiento social**, el **desempleo**, el **trauma**, **abusos**, junto con otros factores sociales y biológicos.

7.1.3. Salud mental

Como se apuntó con anterioridad, distintas afectaciones en la salud mental guardan relación con el suicidio. Asimismo, un diagnóstico de trastorno de la salud mental puede ser, por sí mismo, una discapacidad, un perfil más entre ellas.

Entre los trastornos con una mayor prevalencia en estas conductas destaca la **depresión mayor**, con la que el riesgo de suicidio es 21 veces superior respecto a la población general, especialmente cuando ésta se convierte en un problema crónico (Navio y Pérez, 2020). De hecho, en las situaciones en las que los episodios depresivos son recurrentes, convirtiéndose en crónicos, o bien cuando el tratamiento no es el adecuado, puede suponer que el individuo decida cometer un comportamiento suicida (Gil, 2020) Algunos autores señalan que el 90% de las personas que cometen suicidio tienen un problema de salud mental, más en concreto, la depresión (Martín del Campo, 2019).

En pacientes diagnosticados/as con **esquizofrenia** también se dan comportamientos suicidas. Según Cisneros (2005: 119) la esquizofrenia presenta diversas manifestaciones: “síntomas psicóticos, negativos, cognoscitivos y síntomas afectivos como la disforia, las ideas y conductas suicidas, la desesperanza, la depresión...” Según este autor, los índices de prevalencia de depresión en pacientes con esquizofrenia son variables, con rangos amplios, del 7% al 54%. Por todo ello, estima que se requiera de la identificación precoz de los síntomas depresivos.

De manera similar sucede en los pacientes diagnosticados con **trastorno límite de la personalidad**. Se trata de un trastorno mental grave caracterizado por la inestabilidad emocional y una fuerte impulsividad. Las personas con TLP tienen dificultades para regular sus emociones, inestabilidad en las relaciones y conductas impulsivas e imprudentes (Ferraz *et al.* 2013). Según de La Vega y Carrasco (2019: 87) “el suicidio es el síntoma principal y justificativo: el trastorno límite tiene una alta tasa de mortalidad y requiere, por tanto, un tratamiento intensivo multidisciplinar y a largo plazo”.

Asimismo, los trastornos de **ansiedad**, en cuyo seno se incluyen el trastorno de pánico, la fobia social, el trastorno de ansiedad generalizada y el estrés postraumático, se asocian con un mayor riesgo de suicidio (Bomyea *et al.* 2015: 14). Estos autores afirman que “los pensamientos y conductas suicidas son comunes entre los pacientes con trastorno de ansiedad”. El 16% de su muestra reconocía pensamientos de suicidio durante el último mes y el 18% había intentado suicidarse en algún momento de su vida.

7.1.1. La cuestión del dolor crónico

En líneas previas se ha hecho mención del **dolor crónico**, que acompaña determinadas discapacidades, como un factor a considerar en la presencia de comportamientos

suicidas. Fishbain *et al.* (2012) exploran esta dicha situación. En el diseño de su investigación se compara a pacientes sin dolor, con dolor, y con dolor agudo y crónico, y observa su percepción de discapacidad y la preferencia de la muerte sobre la discapacidad. Encontraron que cuando algunos pacientes con dolor agudo y crónico prefieren la muerte por delante de la discapacidad, esta preferencia se sitúa como un predictor para la ideación suicida.

Cuatro años más tarde, el mismo autor junto con otros colaboradores (Fishbain *et al.*, 2016) continuó el trabajo relativo al dolor crónico y la ideación suicida. Y en este caso, señalaba que la **percepción de ser una carga** se asocia con la ideación suicida en los pacientes con dolor crónico.

En esta misma línea, Wilson *et al.* (2017) llegan a conclusiones similares, al entender que los **pacientes con dolor crónico que creen que se han convertido en una carga** para los demás tienen un **mayor riesgo de ideación suicida**. Legarreta *et al.* (2018) ahondan en el estudio del dolor crónico y el comportamiento suicida. Profundizan al examinar aspectos como el pensamiento catastrófico, la discapacidad y el dolor (sensorial, afectivo y evaluativo, según refieren). En este sentido, sugieren que el **pensamiento catastrófico relacionado con el dolor** está **relacionado con el mayor riesgo de intento de suicidio**, mientras que el dolor “afectivo” y “sensorial” lo están con la ideación suicida. De hecho, en este trabajo afirman que existen dificultades para separar los síntomas psiquiátricos del dolor crónico, dado que buena parte (entre el 30 y el 45%) de los pacientes con dolor crónico se encuentran deprimidos, y se retroalimenta entre sí (esto es, el dolor crónico aumenta la posibilidad de depresión, y la depresión aumenta el dolor crónico). Más allá de los factores “biológicos/médicos”, inciden en los **factores psicosociales**, en el sentido de que **el dolor crónico afecta la vida interpersonal del sujeto**. Al respecto, y en relación con la sensación de carga que puedan experimentar las personas con dolor crónico, hacen mención a “la sensación de agobiar a los demás, la sensación de que no perteneces y a la experiencia física del dolor”, todas ellas, como contribuidoras de un mayor riesgo de conductas suicidas.

7.1.1. Discapacidad y edad ante el suicidio: adolescencia y juventud

Nagraj (2015) fijó su estudio en **adolescentes** con diferentes tipos de discapacidad (físicas, intelectuales y de aprendizaje). Su revisión observó que los adolescentes con discapacidades físicas tenían mayores probabilidades de intento de suicidio en comparación con adolescentes sin discapacidad física. Los resultados fueron similares para el caso de las personas con discapacidades intelectuales y del aprendizaje. En conjunto, existía mayor tendencia al suicidio y a los intentos de suicidio en estos grupos de personas con discapacidad en comparación con quienes no las tenían. El autor

establece que los **motivos** que llevan a los jóvenes con discapacidad al suicidio pueden ser **variados**. Así, los adolescentes con discapacidad, sugiere, pueden tener mayores factores de estrés y problemas de aislamiento social y discriminación. También influyen otros factores, caso de rupturas sentimentales, problemas familiares, interpersonales, e incluso, dificultades financieras. Con todo, pide prudencia, habida cuenta de los (todavía) pocos estudios para adolescentes con discapacidad. Este mismo autor, junto Omar (2017) llegaron a la misma conclusión en otro estudio posterior: tras la revisión con adolescentes con discapacidades físicas, estos tenían mayores probabilidades de intento de suicidio en comparación con personas sin discapacidad física.

Otro estudio dirigido a adolescentes con discapacidad y tentativa de suicidio es el de Moses (2018), quien realizó el análisis a partir de la Encuesta de Evaluación de Jóvenes del condado de Dane (Wisconsin), y encontró que los jóvenes con discapacidad tenían entre 3 y 9 veces más probabilidades de intentos de suicidio en comparación con adolescentes sin discapacidad. Además, las **discapacidades múltiples** triplicaban el riesgo de tentativa suicida en comparación con aquellos que informaban de una sola discapacidad.

En relación con la **juventud**, la discapacidad y el comportamiento suicida, destaca el trabajo realizado por Burcu (2007). En este sentido, destaca la **necesidad de desarrollar relaciones sociales estables en la juventud**, al tiempo que se le agrega la asunción de mayores responsabilidades en esta etapa de la vida. Esto es extensible a toda la juventud, también a las personas con discapacidad. Sin embargo, sus condiciones pueden ser un factor que afecte a la creación y mantenimiento de lazos o relaciones sociales. De ahí que el autor considere que, en este contexto, un/a adolescente con discapacidad puede sentir soledad y optar por no involucrarse en relaciones con sus pares. Así, la pérdida de oportunidades a la hora de mantener relaciones estables con amistades y familiares puede llevarle al **aislamiento social**. Todo ello puede originar sentimientos negativos como infelicidad, desesperanza, soledad y aislamiento, crisis identitarias, lo que comporta un aumento de las probabilidades de pensamientos suicidas. Recogiendo la aportación de otros autores, el aislamiento social puede ser una variable explicativa del suicidio en la juventud. Estos estudios señalaban que los jóvenes que contemplaban suicidarse no tenían grupos sociales específicos en los que participar de forma activa, al tiempo que su participación en otras actividades sociales era reducida.

Los acercamientos a la cuestión del suicidio en relación con diferentes perfiles de discapacidad, así como al observar esta situación en relación con la edad, plantean la combinación de aspectos biopsicosociales. Los siguientes apartados profundizan en factores apuntados en este apartado.

7.2. La soledad forzosa y el aislamiento

La soledad ha sido abordada en diferentes momentos históricos y desde diferentes disciplinas. Una parte de la literatura científica equipara la soledad con el aislamiento físico y social, y la asocia a la enfermedad y al envejecimiento. Se establecen relaciones entre soledad, calidad de vida y enfermedad. Cuando la persona no dispone de lazos afectivos y requiere de interdependencia, puede hablarse de **sentimiento de soledad**. Por su parte, soledad y estar solo/a no son sinónimos, pues se puede estar solo/a y no sentir soledad; de ahí que sea clave el déficit en las relaciones personales, lo que se traduce con frecuencia en vivencias desagradables y angustiosas.

El estudio *La soledad en España* (Díez y Morenos, 2015) reúne diferentes paradigmas interpretativos acerca de este fenómeno. Las aportaciones recogidas afirman que **la soledad conlleva:**

- **Falta de interacción social** desde el punto de vista cuantitativo (cantidad) o cualitativo (calidad).
- La **percepción subjetiva** que el individuo tiene de las relaciones o de las redes que dispone.
- La experiencia de ser un fenómeno **emocionalmente negativo**.

Seguindo a estos autores, la soledad vendría definida como un:

“fenómeno multidimensional psicológico potencialmente estresante; resultado de carencias afectivas, sociales y/o físicas, reales o percibidas, que tiene un impacto diferencial sobre la salud psicológica y física de la persona” (Díez y Morenos, 2015: 12).

Se presencian, con variabilidad según autores, diferentes dimensiones en la soledad. Una de ellas es la que atiende a dos dimensiones: la **soledad objetiva**, refiriéndose a la inexistencia de compañía (temporal o permanente) y la **soledad subjetiva** (la sentida). En otros casos, se atiende a dos tipos de soledad: la **social** y la **emocional**. La social es una “carencia de relaciones afiliativas (...) [que] produce un sentimiento de marginalidad, la sensación de no ser aceptado por los otros, aislamiento y aburrimiento”. Mientras, la emocional es la ausencia de “relaciones especialmente significativas para la persona y que proporcionan una base segura” (Yärnoz, 2008: 104).

La soledad se ha convertido en una preocupación extendida y objeto de políticas públicas. Ya no sólo es el aislamiento físico sino “un desarraigo espiritual y existencial”

(Vidal y Halty, 2020: 97), que ha desencadenado acciones como **la creación del Ministerio de la Soledad en el Reino Unido**²³ o, más recientemente en **Japón**²⁴.

Existen **instrumentos para medir la sensación de soledad**. Uno de ellos es la Escala de Aislamiento Social UCLA (*University of California at Los Angeles*), formada por 20 ítems. Tras completarla y realizar el sumatorio, se obtiene un resultado acerca de la sensación de soledad. Se consideran **tres dimensiones**: la **percepción subjetiva** de la soledad, el **apoyo familiar** y el **apoyo social**, y dentro de este último, se valoran tanto la intimidad con otras personas como la sociabilidad.

Los **efectos de la soledad** son variados, extendiéndose tanto al **plano físico** como al **mental**. En el plano físico existe mayor riesgo de consumo de tóxicos inadecuados e insuficiente práctica de actividad física, alteraciones del sueño, efectos en el sistema cardiovascular o endocrino, y en el sistema nervioso o en el inmunitario. Además, su impacto se extiende a la salud mental, con aumentos de los niveles de estrés, depresión, y, en consecuencia, un mayor riesgo de suicidios (Martínez, 2019). Por tanto, la soledad es un problema que impacta en la salud psicológica de las personas, con asociaciones de tipo negativo entre sentimiento de soledad y salud (Yärnoz, 2008).

Con la **pandemia por la COVID-19, la soledad ha ido en aumento**, afectando a diferentes grupos poblacionales, caso de personas mayores de 65 años, también entre personas con discapacidad y aquellas, en este colectivo, que pueden necesitar apoyos. Los profesionales de salud han visto limitada su interacción con esta población. Los contactos no fueron (ni son) igual que antes, al emplearse Equipos de Protección Individual (EPI), y que imposibilitan el contacto más estrecho, la proximidad; la vertiente emocional ha quedado relegada. Esto supone carencias de apoyo físico y emocional. Y, en consecuencia, pueden haberse visto aumentados los efectos psíquicos, entre ellos la baja autoestima, la depresión, el consumo de alcohol y las ideaciones y/o conductas suicidas (Ceballos *et al.*, 2020).

La soledad no deseada afecta de una manera específica al colectivo de las personas con discapacidad. Así lo han manifestado varios especialistas **en jornadas organizadas por el CERMI estatal**²⁵. Como ejemplo, las personas mayores en centros

²³ Más información al respecto está disponible en <https://www.gov.uk/government/news/pm-launches-governments-first-loneliness-strategy> (última visita 26-03-2021)

²⁴ Más información disponible en <https://www.redaccionmedica.com/secciones/otras-profesiones/covid-japon-ministerio-soledad-ola-suicidios-2485#:~:text=Jap%C3%B3n%20ha%20creado%20un%20Ministerio,est%C3%A1%20en%20una%20tendencia%20creciente%22>. (última visita 26-03-2021)

²⁵ Véase <https://www.cermi.es/es/actualidad/noticias/la-pandemia-agrava-el-problema-de-la-soledad-en-las-personas-mayores-con> (última visita 12/07/2021)

residenciales han visto aumentada su sensación de soledad, una soledad no sólo “física” sino también emocional. En estas jornadas daban cuenta de que el **72% de las residentes son mujeres**, y que más de la mitad requiere de ayudas para el ejercicio de sus actividades básicas diarias. Habida cuenta de las medidas establecidas en los centros residenciales, las personas usuarias han visto aumentada su soledad, al carecer de interacción social, que, a su vez, puede ser un precipitador del sentimiento de soledad. De ahí que Miguel Angel Cabra de Luna, (Fundación ONCE), destacase el papel asociativo como “elemento esencial de socialización”, al tiempo que subrayó su relevancia para la lucha “contra la pandemia de la soledad”. En una línea similar, se expresó Mayte Gallego (Fundación CERMI Mujeres), trayendo a colación la situación vivida por las **mujeres mayores con discapacidad**. Gallego afirma:

“Las mujeres con discapacidad nos han contado que se han encontrado en soledad extrema en esta pandemia y que se han sentido desatendidas y desorientadas por lo que el confinamiento trajo”.

El CERMI impulsó la **campaña “SOS Soledad, yo también cuento²⁶”**, haciendo referencia a la sensación de soledad de las personas con discapacidad. Así, la entidad afirma:

“las mujeres y hombres con discapacidad se enfrentan (...) a situaciones de aislamiento social, de separación de la vida de la comunidad, que provocan mayores dosis de soledad forzosa”.

Establece una serie de causas que originan la soledad, siendo éstas acumulativas. Entre ellas cita la **falta de accesibilidad** de los entornos, productos y servicios, la imposibilidad o dificultad para **ejercer los derechos fundamentales**, la **inactividad** (forzosa) o la **ausencia de apoyos** para la autonomía personal. Aunque el colectivo es heterogéneo, existen grupos más vulnerables ante esta soledad forzosa, como pueden ser las personas mayores, las personas con discapacidad intelectual, las personas con discapacidad mental, las sobrevenidas en la vida adulta, y, *grosso modo*, las que exigen grandes apoyos para su autonomía. Concluye diciendo que, en este sentido, la **“soledad no deseada tiene rostro preferente de mujer”**.

7.3. Acoso escolar y otras situaciones afines

La violencia y las agresiones en los centros educativos es una problemática desde hace décadas (Rigby y Slee, 1991; Olweus, 1991). El **acoso escolar** (*bullying*) es una forma de violencia que se da entre compañeros/as en la escuela. Consiste, por tanto, en “una serie de conductas intimidatorias y de maltrato” durante la etapa escolar (Oñate y Piñuel,

²⁶ Puede consultarse en <https://www.cermi.es/es/content/sos-soledad> (última visita 29/06/2021)

2006: 7). Dan Olweus (1980), precursor de la investigación sobre maltrato entre iguales, define el acoso como:

“un tipo de violencia interpersonal provocada por una perversión de las relaciones entre iguales que dejan de ser paritarias y simétricas desequilibradas y reguladas por un esquema dominio-sumisión (Olweus, 1980, en Nocito, 2017: 105).

Según esta definición, hablar de acoso entre iguales supone considerar tres características básicas que la investigación posterior ha ratificado (Save the Children, 2016: 21):

- Intencionalidad por parte del agresor/a.
- Repetición en el tiempo.
- Desequilibrio de poder (física, psicológica o socialmente).

El Defensor del Pueblo suscribió con el Comité Español de UNICEF un convenio de colaboración en el año 1998 para el estudio del acoso escolar en las aulas. El resultado fue el informe *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria* (2000). Recoge la problemática del acoso escolar, y hace mención tanto al abuso como a los diferentes tipos de maltrato existente.

- Sostiene que el **abuso** consiste en “la opresión reiterada, tanto psicológica como física, hacia una persona con menos poder, por parte de otra persona con un poder mayor”.
- En relación con el **maltrato** distingue entre el maltrato físico (amenazas con armas, pegar, etc.); verbal (insultar, poner motes, hablar mal de alguien); exclusión social (ignorar a alguien, no dejar participar en una actividad); mixto (chantaje, acosar sexualmente).

Todas estas conductas intimidatorias causan un daño en niños y niñas y perjudican su desarrollo. Las consecuencias son de diverso tipo (Lobato, 2019: 37), recogidas en la Tabla 6:

Tabla 6: Consecuencias del acoso escolar sobre la víctima

EMOCIONALES	Baja autoestima Problemas psicosomáticos Presentar ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático
ACADÉMICAS	Descenso en el rendimiento académico Abandono escolar/absentismo
RELACIONES SOCIALES	Relaciones sociales futuras marcadas por la inseguridad y la desconfianza hacia los otros Profunda perturbación en el proceso de socialización de los menores

Fuente: Lobato (coord.) (2019: 37).

En el acto intimidatorio participan cuatro figuras clave: la víctima, el agresor/a (o agresores/as) los/as compañeros/as y los adultos (personal del centro escolar, familiares u otros). Además, este hecho se sitúa en un contexto determinado, que no sólo incluye al centro escolar, sino que amplía sus fronteras.

No obstante, el acoso se ha extendido con las nuevas tecnologías, hablando así del conocido como *ciberbullying*, definido como “acoso entre iguales en el entorno TIC, [que] incluye actuaciones de chantaje, vejaciones e insultos de niños a otros niños” (INTECO, 2009: 20)²⁷. **Esta forma de violencia afecta de manera más significativa a determinados colectivos, como las minorías étnicas, las personas LGTB o las personas con discapacidad** (Cross *et al.*, 2012: 15).

El alumnado con algún tipo de Necesidades Educativas Especiales (NEE) tiene mayor probabilidad de sufrir acoso y/o ciberacoso, sobre todo ante determinadas circunstancias como el trastorno del espectro autista (TEA) o las dificultades comunicativas. Por otro lado, la mayor probabilidad de acoso se concentra en los primeros cursos de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), coincidiendo con la adolescencia (Lobato, 2019).

El CERMI elaboró en el año 2017 *la Guía para prevenir el acoso escolar por razón de discapacidad*. En ésta afirman que la discapacidad puede ser un motivo de exclusión, al tiempo que recoge el parecer de la UNESCO sobre los motivos por los que las personas con discapacidad padecen mayor acoso, entre los que destacan:

²⁷ Existe un número telefónico para la atención a niños y familias en los casos de acoso o ciberacoso escolar. Puede obtenerse más información en <https://www.anar.org/necesitas-ayuda-telefono-ninos-adolescentes/>

- Las posibles necesidades de apoyos para la realización de determinadas actividades por parte del alumnado con discapacidad pueden originar un aumento de su vulnerabilidad y ser más proclive a abusos.
- La presencia de alumnado con discapacidades de comunicación, intelectuales o del desarrollo puede provocar una falta de atención y de comprensión cuando se quejan de los abusos.
- El alumnado con discapacidad puede presentar dificultades en las relaciones interpersonales, tales como la comunicación, lo que puede ser motivo de incompreensión por parte de compañeros u otros miembros de la escuela.

7.4. Estigma y estereotipos

Relacionado con lo anterior, y de manera análoga a la experiencia de otras minorías, uno de los factores que afectan la (auto)imagen de las personas con discapacidad son los estigmas y estereotipos relacionado con este colectivo, en especial con determinados perfiles más visibles/aparentes. Según el estudio de Crocker *et al.* (1998, en Ruíz Romero, 2005), destacan cuatro elementos experienciales de las personas sujetas de estigmatización, que son:

- **Experiencia de prejuicio y discriminación.** En este sentido, las personas estigmatizadas son muy sensibles al ambiente en el que se desarrollan y marcan una situación discriminatoria. Sobre este aspecto, entre las personas con discapacidad destacan las barreras que tienen que afrontar, entre ellas las barreras de tipo social (de relación social), las arquitectónicas, las de comunicación, económicas o las de tipo educativo (para determinados perfiles, p.e., personas sordas).
- **El valor negativo que tiene su identidad social.** Esto se ha podido observar en minorías étnicas, pero es extensible a las personas con discapacidad. Este valor negativo autopercibido, por la distancia con respecto al estándar normativo idealizado, se traduce en una devaluación de sí mismas, al tiempo que es una amenaza para la autoestima personal (y de grupo, como colectivo). No obstante, dependerá de si se cuentan con estrategias adaptativas para el mantenimiento, la protección y el refuerzo de la autoestima.
- El **estereotipo.** Si la persona con discapacidad es conocedora del estereotipo que existe hacia su colectivo, se convierte en una suerte de amenaza para la persona cuando tiene un contenido negativo. Esto conduce a que esas ideas (estereotipos) se conviertan en un esquema mental a través de la cual se

interpretan las conductas, afectando al comportamiento de las personas. Como señala García de la Cruz (2008: 70):

“la consecuencia conocida (...) de los estereotipos predominantes en España sobre las personas con discapacidad es una reacción defensiva primitiva que lo aparta del flujo habitual de la actividad social y los encierra en diversos guetos sociales, donde están apartados como *no-personas*”.

Por tanto, puede suponer una afectación de la autoestima y de las autopercepciones, con lo que ello supone para la salud o bienestar psíquico.

- **Ambigüedad atribucional.** Se refiere a la incertidumbre que padecen las personas acerca de si las consecuencias son las que uno/a merece, experimentando un efecto positivo o negativo, según el caso. Lo que es cierto es que esta ambigüedad o incertidumbre puede llegar a incidir sobre las propias creencias del sujeto y reducir su bienestar y autoestima.

La aplicación de los estereotipos y estigma al ámbito de la discapacidad, con consecuencias de devaluación personal y como colectivo se ha denominado **capacitismo**. Campbell (2008; 2001, en Toboso Martín, 2017) lo define como:

“una red de creencias, procesos y prácticas que producen una clase particular de sujeto y de cuerpo que se proyecta normativamente como lo perfecto y típico de la especie, y por lo tanto, como lo que es esencial y plenamente humano”

Junto al capacitismo, es necesario mencionar el llamado **edadismo**, que se refiere a la marginación de las personas mayores en una sociedad que prima valores relacionados con la juventud y la productividad. Este prejuicio puede combinarse con el capacitismo como un rechazo hacia las personas con discapacidad de mayor edad (y conviene recordar que la discapacidad aumenta con la edad).

7.5. Mujeres y niñas con discapacidad ante el suicidio

Hasta hace pocos años, y aún en la actualidad, la especificidad de ser mujer con discapacidad, con sus necesidades específicas, ha tendido a ser **invisibilizada** a la sociedad **bajo la identidad genérica** de ser “**persona con discapacidad**”.

Los **factores apuntados** en los apartados previos inciden de manera específica, como formas de **discriminación múltiple**, también denominada **interseccional**, entre las **mujeres con discapacidad**. El hecho de ser mujer con discapacidad aumenta las probabilidades de experimentar mayores barreras y menos oportunidades en distintos ámbitos: aislamiento social, acceso al empleo, ingresos, determinados prejuicios exposición a abusos sexuales o violencia. Como apunta Pilar Romero, Coordinadora

de Minusválidos Físicos de Madrid, en un comunicado publicado por Ararteko²⁸ (perteneciente a Confederación PREDIF), las mujeres con discapacidad:

“nos enfrentamos a (...) cotas mayores de desempleo, salarios inferiores, menor acceso a los servicios de salud, mayores carencias educativas, escaso o nulo acceso a los programas y servicios dirigidos a mujeres en general...”

En relación con el acceso al **mercado laboral**, ya de por sí con mayores tasas de desempleo e inactividad, menor ocupación entre las personas con discapacidad respecto a población general en edad laboral, las diferencias se vuelven más desfavorable en el caso de las mujeres con discapacidad. En caso de la tasa de actividad, la de los hombres es del 34,6%, mientras que para las mujeres es del 33,3%. Por tanto, hay menos mujeres en situación de trabajar. Si se atiende a la tasa de empleo (población ocupada/total de la población activa x 100), para los hombres es ligeramente superior (26,5%) que para las mujeres (25,1%). Por último, de nuevo se hallan diferencias según sexo en la tasa de paro: si para los hombres es del 23,4%, las mujeres tienen una tasa de paro superior con 24,6%.

La menor participación en el empleo, a falta de considerar otras coberturas y prestaciones, supone un **menor acceso a los ingresos** en este colectivo, situación más vulnerable, en consecuencia, para las mujeres con discapacidad. Todo esto puede llevar a diferentes situaciones, tales como dificultades para el acceso a la vivienda o para el sustento y el aprovisionamiento de sus condiciones materiales de vida. Carencias de bienestar material que afectan a la calidad de vida y la salud. Aspectos que, como se ha observado en apartados anteriores, se relacionan con problemas de salud mental, como depresión, ansiedad, pérdida de sentido de la vida u otras, esto es, factores de riesgo suicida.

El **prejuicio del edadismo recae sobre todo en las mujeres**, donde el ideal (y la presión) de una imagen joven reduce la presencia en medios de comunicación, en producciones culturales, de mujeres que salen del estereotipo, cuestión reiteradamente señalada en el ámbito del cine y la literatura.

La **violencia** sufrida, especialmente para el caso de las mujeres con discapacidad debe sumarse a los factores anteriores. En el año 2020 se publicó el estudio *Mujer, discapacidad y violencia de género*, el cual expone cómo, desde la infancia, y como consecuencia de la socialización de género, las mujeres aprenden a “naturalizar” la desigualdad y “a validar el esquema tradicional de reparto de poder entre hombres y mujeres” (Fundación Mujeres Progresistas, 2020: 31). Verse, por tanto, sometidas a una

²⁸ Disponible en https://www.ararteko.eus/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_401_1.pdf (última visita 28/06/2021)

doble discriminación: por mujer y por persona con discapacidad. En este estudio, se recoge la aportación del CERMI (2013: 48), según la cual:

“es probable que las actitudes y comportamientos alrededor de estas niñas y niños estén permeadas por otras falsas ideas en torno a la discapacidad, como la desgracia, la inutilidad, la dependencia o la infantilización, dando lugar a procesos de *desgenerización*, basados en la exclusión y no en la transición hacia modelos más democráticos”.

En cuanto a la **violencia de género**, la *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer* (2019), tiene una parte (parte 4) dedicada a “mujeres especialmente vulnerables a la violencia”, y dentro del mismo existe un **capítulo dedicado a las mujeres con discapacidad**. Una de sus primeras conclusiones es que la prevalencia de la violencia en la pareja entre las mujeres con discapacidad es mayor que entre las mujeres sin discapacidad (acreditada). Así, el 20,7% de las mujeres con discapacidad ha sufrido violencia física o sexual de alguna pareja, frente al 13,8% de las mujeres sin discapacidad. Del mismo modo, y en líneas generales, el 40,4% de las mujeres con discapacidad ha sufrido algún tipo de violencia en la pareja, frente al 31,9% de las mujeres sin discapacidad. Además, otro hallazgo es que el 77% de las mujeres con discapacidad que han sufrido violencia física y/o sexual de alguna pareja (actual o pasada) les ha originado alguna consecuencia psicológica, superior que en el caso de las mujeres sin discapacidad (69,4%). La violencia sufrida no es exclusiva en los márgenes de la pareja, sino que también se da fuera de ésta. Al respecto, las mujeres con discapacidad han sufrido violencia física fuera de la pareja en mayor proporción (17,2%) que las mujeres sin discapacidad “(13,2%). Y esto es también extensible para el caso de las niñas con discapacidad, quienes han sufrido más violencia (12,2%) que las niñas sin discapacidad (8,5%)

Así pues, la violencia sufrida por las personas con discapacidad, pero en especial la dirigida a niñas y mujeres con discapacidad es otro factor que deviene central para la comprensión de la situación desigualitaria de este colectivo. Esta violencia acarrea, como se ha dicho, consecuencias psicológicas, que pueden desencadenar episodios o comportamientos suicidas, en toda su gama.

Como **resumen de aspectos clave**:

- El suicidio en distintos perfiles de discapacidad ha sido objeto de atención por parte de diferentes investigaciones, observando en general una probabilidad más alta hacia estas conductas. Dichos estudios observan el papel, como factores de riesgo, de distintos aspectos, tanto de tipo biológico-corporal como psicológico, relacionado con la autopercepción, y social.
- En el ámbito de la discapacidad física destaca el papel de factores como la carga autopercebida, los estadios depresivos, el dolor (crónico y agudo), la soledad, la

discriminación y las mayores dificultades para acceder al mercado laboral, la estigmatización o pérdida de sentido de la vida, con las variantes que pueden darse en el peso de estas circunstancias.

- En el ámbito del Trastorno del Espectro Autista destacan factores de riesgo como dificultades en el acceso a apoyos y atención especializada, desgaste emocional y estrés, escaso sentido de pertenencia a la comunidad y/o el aislamiento social.
- Existe relación entre trastornos de salud mental y suicidio, sobre todo en relación con la depresión mayor, con un riesgo de suicidio 21 veces superior para las personas depresivas en comparación con la población general. Se unen otras discapacidades tales como la esquizofrenia, el trastorno límite de la personalidad o trastornos de ansiedad, todos ellos con mayor prevalencia de comportamientos suicidas.
- Los adolescentes con discapacidades físicas presentan mayores probabilidades de intento de suicidio en comparación con aquellos/as que no tienen una discapacidad. En caso de discapacidades múltiples aumenta el riesgo de tentativa suicida.
- La soledad no elegida supone a) una falta de interacción social; b) la percepción subjetiva de la persona sobre las relaciones y la red de la que dispone; c) entendido como un fenómeno emocionalmente negativo. Esta soledad forzosa, que experimentan en mayor medida personas con discapacidad tiene consecuencias tanto en el plano físico como mental. En el físico existe mayor riesgo de consumo de tóxicos, poca práctica deportiva, alteraciones del sueño u otras. En el mental, aumento del nivel de estrés y de depresión. Con la pandemia de la COVID-19 la soledad ha aumentado, al verse limitada la interacción interpersonal, lo que se ha traducido en carencias de apoyo físico y emocional.
- El acoso escolar, del que son objeto los niños y niñas con discapacidad en mayor medida que el alumnado general, tiene consecuencias sobre la víctima emocionales (baja autoestima, problemas psicosomáticos, ansiedad, depresión...), académicas (descenso en el rendimiento académico y/o abandono escolar) y en las relaciones sociales (relaciones marcadas por la inseguridad y la desconfianza).
- Estigma y estereotipos afectan a la (auto)imagen de las personas con discapacidad.
- Mujeres y niñas con discapacidad. La discriminación a la que se enfrentan es múltiple/interseccional, por su condición de mujer combinada con su condición de persona con discapacidad. Las mujeres y niñas con discapacidad, además,

afrontan desde una mayor vulnerabilidad o intensidad en aspectos como la soledad no deseada, la estigmatización (estereotipos), la falta de apoyos sociales, la menor participación/inclusión comunitaria, unos menores ingresos económicos, las mayores dificultades para acceder al mercado laboral y determinadas violencias (v.gr. violencia de género). Todos ellos son factores de riesgo en relación con el comportamiento suicida.

8. La perspectiva de informantes clave y testimonios

8.1. La perspectiva de informantes clave

Como parte del estudio se realizaron 7 entrevistas con informantes clave, seleccionados tanto por su relación directa con la salud mental desde el plano asociativo como en cuanto profesionales especializados en este campo. Se abordaron cuestiones como el tabú entorno al suicidio, los factores de riesgo y protectores, la perspectiva de género en la conducta suicida o las buenas prácticas, así como propuestas de mejora y prevención.

“Algo de lo que no se habla”

Rosa Bayarri, Presidenta Federación Salud Mental Comunitat Valenciana, hace mención expresa a un aspecto que ha sido la tónica compartida entre los interlocutores y se constata en la propia aproximación del presente estudio: la visión del **suicidio como tabú**, como “*algo de lo que no se habla*”. Este tabú tendría como causa nuestra propia cultura, con acervos católicos, a lo que se le une el sentimiento de **culpa** y de **vergüenza** que lleva asociadas. Emociones que siente tanto la persona que ha realizado la conducta suicida como su entorno. Además, hablar del suicidio “*se produce de una forma estigmatizante*”, afectando a las mismas personas ya mencionadas (persona que ha cometido el acto suicida, familia y allegados). De ahí que se plantee la necesidad de hablar de este comportamiento, pero a modo de “*apoyo real, terapéutico*”, “*con una finalidad preventiva*”. Y es que hablar del suicidio en este sentido, considera Bayarri, puede evitar futuros comportamientos o conductas similares, algo que casa con el denominado “efecto Papageno”.

A partir de esta constatación, se plantea un análisis temático articulado en factores de riesgo, protectores, y líneas preventivas.

8.1.1. Factores de riesgo en el suicidio de las personas con discapacidad

La combinación de factores, tanto psicocorporales como de ámbito social y comunitario inciden en la causalidad del suicidio entre las personas con discapacidad. Aspectos como el dolor crónico, la experiencia de discriminación y adversidades, las dificultades para la participación comunitaria y la falta de apoyos, junto al no encajar en el ideal normativo, el desarraigo y la soledad resultantes, actúan en estos procesos, en la propia interiorización como desesperanza.

La combinación de factores de riesgo bio-psico-sociales

Ana Guzmán, psicóloga clínica del Hospital Infanta Sofía en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), apunta cómo “*la discapacidad sería el principal factor de riesgo para cometer suicidio*”. Bajo esta afirmación amplia, hace hincapié y se refiere en especial a aquellas discapacidades que tienen su causa o se acompañan con problemas relativos a la salud mental. Así, menciona los trastornos mentales graves “*por descompensación del trastorno, por abandono del tratamiento, por comorbilidad, por el consumo de sustancias*”, junto a los que subraya factores de carácter social, como la falta de empleo, dificultades o dependencia familiar.

[los] “*numerosos eventos negativos estresantes a lo largo de la vida, amén de la dificultad de acceso al empleo y, a veces, una situación de dependencia con la familia*”. [Entr_Guzmán_PsiCli]

Todo ello, resume, da pie a que estemos ante “*un panorama en el que se juntan los principales factores de riesgo detectados en el suicidio*”. Bayarri, por su parte, al realizar un recorrido sobre los diferentes factores de riesgo, incide igualmente en su carácter multifactorial:

“*La causalidad del suicidio no es una sola causa, un solo factor (...) es una combinación de diferentes factores que llevan a esa situación*” [Entr_Bayarri_PresSalMenCV]

Al tratar acerca de la multicausalidad del suicidio, Rosa de Arquer, responsable del Teléfono de la Esperanza en Asturias, agrega la diferencia expresa entre **factores internos y externos**. Entre estos últimos se refiere a factores estructurales, como problemas laborales o económicos.

“(...) el suicidio es una problemática multicausal, hay que sumar factores para que una persona tenga esta ideación o consuma. Hay factores de vulnerabilidad previa, que pueden ser de personalidad, psicobiológicos, también condiciones laborales, económicas” [Entr_Arquer_T_Esperanza].

Nel González Zapico, presidente de la Confederación SALUD MENTAL España también resalta este carácter multicausal del suicidio en las personas con discapacidad, su

variabilidad, como una base a tener en cuenta en su **comprensión** y diseño de **medidas preventivas**.

“el suicidio tiene muchas facetas, y es que una cuestión que no se puede definir claramente (...) hay tantas razones, tantas personas, tantos momentos en la vida de las personas, que es imprevisible”. [Entr_Guzmán_PsiClij]

Dolor crónico

Entre los factores psicocorporales, que pueden darse en determinadas condiciones de discapacidad, tanto Guzmán como Rosa de Arquer y María José Arroyo destacan como un factor de riesgo capital el **dolor crónico**. En el caso de las personas con lesión medular, una de las secuelas que pueden darse en ocasiones es el dolor crónico de origen neuropático, con distinta intensidad. Se trata de un factor de sufrimiento psíquico muy relevante, ahora bien, por otro lado, circunscrito a determinados casos.

“El dolor neuropático es muy específico de las personas con trastornos neurológicos de base y, concretamente, en lesión medular. El dolor neuropático es un dolor lacerante que, muchas veces, es mantenido: hay gente que vive con unos dolores absolutamente horribles (...). Cuando entramos en ese punto de sufrimiento, creo que es muy difícil revertirlo (...): “*da exactamente igual lo que me digas, lo que me propongas, lo que me trabajes, que yo sigo sufriendo*”. Y [el suicidio] se convierte en la única salida posible para acabar con ese sufrimiento (...). Pero [son casos] muy, muy específicos. Estamos diciendo que no es mayoritario”. [Entr_Arroyo_Psicología_FLM]

La experiencia de discriminación, retos de inclusión comunitaria y apoyos

Rosa Bayarri apunta a la **discapacidad** como factor de riesgo del suicidio, incidiendo en la dimensión social de **discriminación y adversidades que comporta**. Se sitúa en la posición de las personas con discapacidad y en su experiencia vivida y expresa:

“(...) son una franja económica, una clase social más baja, y en la discapacidad se marcan mucho las clases (...) según tu nivel económico. (...) Y tener menor capacidad económica implica que no accedes a los apoyos de la misma manera, e implica estigma, implica aislamiento. [A ello] se le suma la no capacidad de incorporarte al mercado laboral, lo que supone la falta de ingresos monetarios [y] la falta de integración o inclusión en la sociedad” [Entr_Bayarri_PresSalMenCV]

Bayarri Así, menciona **factores de tipo económico**, especialmente en momentos de crisis, que generan “*situaciones verdaderamente límite en una familia*”. Estas crisis económicas vienen parejas de pérdidas de empleo (y por tanto de pérdida de ingresos monetarios en las familias), situaciones que generan mayores incertidumbres en la persona y pueden ser causantes de episodios constantes de estrés, de ansiedad, y si se agudizan, de comportamientos suicidas: una sucesión de acontecimientos y de factores que actúan como un *continuum*. De hecho, rememora lo sucedido en la anterior

crisis económica, iniciada en el 2008 (Gran Depresión), donde, según informa, su entidad sí detectó un ascenso notable de las conductas suicidas.

Nel González menciona la situación de las personas con discapacidad y la posible relación con las conductas suicidas, ante la falta de apoyos y los déficits en las condiciones de participación y de inclusión en la comunidad.

“(…) personas sin empleo, personas [a las que] se les niega la autonomía, que se les niega la posibilidad de participar como ciudadano o ciudadana ¿Para qué vivir así?” [Entr_PresSalMenEsp]

Redes sociales y desestructuración familiar

Cuando se trata de una discapacidad sobrevenida, el ejemplo es la lesión medular, puede dar lugar a una crisis familiar, a un cambio de roles y desestructuración, situaciones que requieren atención. La fragilidad o existencia de conflictos previos se expresará ante la crisis. El soporte en los procesos adaptativos, hacia la persona con discapacidad y su entorno familiar, resulta en consecuencia clave, junto a la disposición de apoyos.

“En algunos casos, nos encontramos con una familia que se desestructura, no hay ningún apoyo por parte de los hijos. La relación con la mujer, que ya era mala previamente precipita, tras la lesión medular, en una situación todavía peor”. [Entr_Arroyo_Psicología_FLM]

El peso del ideal normativo y rechazo/estigmatización

El Dr. Blasco apunta también el factor de riesgo que supone este hecho diferencial en lo humano respecto al patrón normativo idealizado, la no aceptación social de la diversidad, el rechazo asociado a la discapacidad:

“(…) la discapacidad es la visibilización de algo que te hace diferente a otro sujeto y que le pone en una situación de dificultad, y esto hace que el resto le expulse dentro de ese proceso de socialización” [Entr_Blasco_Psiquiatra]

Guzmán menciona también las dificultades de participación y experiencia de rechazo que pueden experimentar diferentes colectivos/personas (pone como ejemplo en este caso personas con Trastornos del Espectro Autista, TEA), al llegar a la etapa madurativa (adolescencia), al no alcanzar estándares de autonomía conformes al ideal normativo:

“como un fracaso adaptativo, social y de acceso a una posible normalidad (...) merma la calidad de vida, la sensación de autoeficacia y, por tanto, lo pone en un contexto muy complejo”. [En definitiva], todo lo que dificulte el acceso a factores de autonomía: factores personales, situaciones o interpersonales” [Entr_Guzmán_PsiCli]

Nel González apunta la dimensión estructural de la cultura y dinámica socioeconómica contemporánea, un entorno que describe como “agresivo, segregador, egoísta,

insolidario y poco generoso". Este rechazo, la combinación de prejuicios y estigmatización, que recaen de forma más acentuada sobre las personas que tienen problemas de salud mental graves, se traducen e interiorizan como desesperanza y pérdida de sentido vital: *"pierden el gusto por la vida (...) porque la sociedad en la que vivimos culturalmente los segrega, los margina"*. En consecuencia, aboga por recuperar la dimensión humana, la comprensión, la empatía, con un compromiso para con nosotros mismos y para con la sociedad en su conjunto.

Bayarri destaca asimismo el peso del rechazo social, que experimentan las personas con discapacidad con otras minorías, y entre estas, en especial aquellas con condiciones de salud mental

"(...) la discriminación, la no aceptación, el odio hacia otros colectivos (caso LGTB), la homosexualidad (...) produce tal rechazo social, a veces agresiones, o produce incluso un problema interno, una ansiedad de no encontrarse, con todo el problema de salud mental que ello conlleva (...) el tabú, el «esconder», el vivir una vida paralela" [Entr_Bayarri_PresSalMenCV]

Los diferentes interlocutores coinciden en señalar cómo la **estigmatización, que pesa de manera diferente entre distintos colectivos del ámbito de la discapacidad, se focaliza con especial intensidad hacia aquellas con diagnósticos psicosociales.**

"(...) en el momento en que tienes un diagnóstico de una enfermedad crónica por salud mental, ahí te ponen la marca, un estigma, y tú tienes que actuar conforme a esto". [Entr_Briongos-FedSalMenCyL]

Las condiciones de salud mental requieren, de hecho, y por los distintos aspectos apuntados, una atención específica y preventiva: de hecho presentan una mayor predisposición a las conductas autolíticas.

"(...) es cierto que entre las personas que estadísticamente intentan o se suicidan hay una proporción muy grande de personas con problemas de salud mental" [Entr_Bayarri_PresSalMenCV]

Ahora bien, y en contrapartida, María José Arroyo, psicóloga en la Fundación del Lesionado Medular (FLM), **descarta la existencia de una asociación directa o habitual** entre discapacidad (lesión medular) y comportamiento (tentativas) autolíticas, que pudieran estar asentadas en el imaginario social. A partir de la base de datos de la FLM, que comprende 2000 personas en el periodo de 25 años de existencia de esta Fundación, las tentativas identificadas son mínimas.

"[El porcentaje respecto a discapacidad adquirida por tentativas de suicidio es] todavía muchísimo menos. Fíjate que yo te he localizado dos". [Arroyo_Psicología_FLM]

Si bien, por otra parte, hay conductas en este rango, como la ideación, difíciles de cuantificar o identificar salvo que se comuniquen, y en este caso, pueden ser indicativas

de problemáticas relacionales, falta de apoyos, entre otros aspectos que requieren atención.

“Hay que diferenciar entre el intento como tal y la ideación (...). Una persona, cuando tiene una lesión medular, en algún momento se pregunta qué, para qué sigue viviendo así (...). Hay un grupo que lo puede haber pensado, pero que no lo podemos cuantificar porque tú no puedes preguntar, después de un año de procesos hospitalarios, cuántas veces lo ha pensado (...). A veces [existen] amenazas que, a lo mejor, son llamadas de atención sobre distintos malestares que la persona está viviendo, y que se vuelcan sobre el cuidador principal”.
[Entr_Arroyo_Psicología_FLM]

La percepción como “carga”

El Dr. Blasco se refiere, entre estos factores de riesgo, a la sensación de **carga**, que se relaciona a su vez con la **autoestima**. Además, esta percepción de carga puede producirse en diferentes etapas vitales y circunstancias vividas, tal y como ocurre en las personas de la tercera edad con dificultades para la realización de sus actividades diarias, o en personas con discapacidad que presenten algunas limitaciones en sus funciones.

Soledad

Elena Briongos, presidenta de la Federación Salud Mental Castilla y León, refiere, en el punto de partida de su exposición, al sentimiento de **soledad** (“*ese sentimiento de soledad que te invade*”) como una base del comportamiento suicida. La **soledad no deseada**, destaca Blasco, se da como una situación más frecuente en edades avanzadas.

En relación con la **soledad**, Rosa de Arquer, quien mantiene que reciben llamadas por esta causa. Una soledad en sentido amplio, no sólo el estar solo, sino el “sentirse solos”, y que guarda relación con la percepción de comprensión, soporte comunitario: esto es, “**no sentirse comprendidos (...) y no sentir que tienen el apoyo suficiente**”.

Adolescencia y acoso escolar

Para el psiquiatra Hilario Blasco, el acoso escolar es **el factor más importante de comportamiento suicida** en la adolescencia, “*que determina que un niño adolescente se quiera suicidar, ni siquiera es la familia en el adolescente, es el bullying*”. Y continúa:

“Y en los acontecimientos de *bullying*, el factor que te marca la diferencia para padecerlo es la discapacidad, si tienes una dislexia, un TDAH, un TEA...entonces, claro...” [Entr_Blasco_Psiquiatra]

Por tanto, sin necesidad de preguntarlo directamente, aparece el acoso escolar hacia niñas y niños con discapacidad: al ser vistas como “diferentes” (la alteridad u otredad), por lo que en ocasiones son tratadas de manera discriminatoria por compañeros de

clase o de colegio/instituto. También la psicóloga Ana Guzmán destaca el peso del del acoso escolar en el comportamiento suicida. Así, los casos de acoso llevan a:

“aislamiento percibido, dificultad para hacer amistades sólidas, para verse aceptado en el grupo. Es esa sensación de que no pertenezco a ningún sitio. Entonces, esta falta de pertenencia ya sea porque el grupo activamente [te] excluye y es hostil, o ya sea porque la persona no tiene habilidades y se está aislando” [Entr_Guzmán_PsiCli]

El contexto de la COVID-19

La situación originada por la pandemia derivada de la **COVID-19** plantea, en perspectiva de los/as informantes clave, un panorama crítico. Así, los profesionales de la salud entrevistados creen que han aumentado notablemente los gestos autolíticos, especialmente en la población adolescente. Uno de ellos dice así:

“Estamos todavía desbordados, yo creo que nunca ha habido tanto gesto serio en adolescentes (...) tiene que ver con la sensación de retirada del mundo social, de dificultad de acceso a las relaciones, de aburrimiento, de tristeza, de convivencia familiar difícil (...) Un polvorín” [Entr_Guzmán_PsiCli]

Además, intuye que este gesto autolítico es algo que se está normalizando, al considerarse que es:

“una manera de pedir ayuda, de descargar el malestar (...) el jugar con la muerte, y el cortarme, por ejemplo, que es algo que hace quince años no se veía, ahora se empieza a transmitir como algo efectivo para quitarte el malestar, como algo que puede descargar, «que se te para la mente», «que cortarse es como un ansiolítico». Toda esta parte creo que está para quedarse” [Entr_Guzmán_PsiCli]

La opinión es compartida por el psiquiatra Hilario Blasco: expresa, respecto a su ámbito territorial de actuación, que:

“La Comunidad de Madrid no da abasto (...) se ha demostrado que los adolescentes son la pieza frágil del sistema a nivel de salud mental clarísimamente” [Entr_Blasco_Psiquiatra]

Y lo atribuye a que el adolescente requiere del contacto social, de relaciones con pares, al tiempo que también realiza sus atribuciones a las mismas hormonas sexuales de los adolescentes.

Otros factores de riesgo

Por su parte Ana Guzmán apunta la necesidad de atender a la transformación en la familia contemporánea, en cuanto, señala, está perdiendo “*estructura y solidez*”: las familias son cada vez más complejas, con mayor número de separaciones, y, aunque las reunificaciones tienen también sus ventajas, también se presencia “[*algo que*]

dificulta que la red social a veces sea más amplia y sea más sólida". Continúa diciendo que:

“(…) las reuniones son más frágiles, más fútiles, que duran menos tiempo, la familia extensa se ha perdido...”. [Entr_Guzmán_PsiClij]

Por otra parte, en relación con la **identidad de género**, sostiene que existen dificultades para la juventud a la hora de determinar una identidad sexual saludable. Es la pregunta sobre “¿a qué colectivo pertenezco?” lo cual es un foco que “*fragiliza la identidad*”.

Puntos de inflexión y situaciones desencadenantes

Briongos, que señala por su parte las situaciones de crisis relacionadas con pérdidas familiares, de participación, o ante diagnósticos de salud, que pueden asociarse discapacidad/enfermedad crónica, y se convierten en puntos de inflexión que requieren acompañamiento:

“(…) la pérdida de seres queridos, de trabajo, una ruptura sentimental o el diagnóstico de una enfermedad crónica” [Entr_Elena_Briongos-FedSalMenCyL]

De hecho, el advenimiento de una condición de discapacidad puede convertirse en desencadenante de tentativas autolíticas, en combinación (o cuando) concurren otras condiciones de vulnerabilidad previas o en el momento en que llega esta circunstancia.

“Nos podemos encontrar con personas para las que la lesión medular es un “precipitante”, no “la razón de” [los intentos de suicidio]” (...). Hay veces que uno puede tener debilidades a nivel personal, que las va más o menos gestionando en el día a día, pero ocurre algo, como puede ser una lesión medular, que lo que hace es aflorar o precipitar todo eso que estaba ahí.” [Entre_Arroyo_Psicología_FLM]

La discapacidad adquirida como resultante de tentativas de suicidio

Como recuerda Rosa de Arquer, las secuelas de un suicidio se encuentran entre las causas de discapacidad, una realidad que señala la OMS. María José Arroyo distingue en entre personas cuyo intento de suicidio desemboca en una lesión medular y personas que, teniendo una lesión medular, desarrollan intentos de suicidio:

“En todos estos años, evidentemente tenemos o hemos tenido personas con lesión medular y con intentos de suicidio. pero dentro de ello hay que hacer distintas diferencias:

- Personas que tienen previamente un trastorno psiquiátrico de base y, en algún momento, uno de esos intentos de autolisis provoca una lesión medular.
- Personas que no han tenido un trastorno previo, pero han tenido una situación que ha provocado intento de autolisis y, en base a la manera que ha sido, redundante en tener una lesión medular.

- Y luego un tercer grupo, que pueden haber tenido ese trastorno previo (o a lo mejor no) y que, siendo lesionados medulares tienen intentos de autolisis” [Arroyo_Psicología_FLM]

Desde la experiencia de la Fundación del Lesionado Medular, el porcentaje de personas que ha ingresado con lesión medular fruto de un intento de autolisis se encuentra por debajo del 10%. La labor preventiva, una vez identificadas las situaciones en este ámbito, da resultados.

“No estamos hablando de algo mayoritario, ni mucho menos (...). Yo hablo de menos del 10% en personas que nos vienen con una lesión medular por esa causa. Pero, de los que luego conocemos aquí, es muchísimo menor todavía el porcentaje de nuevos intentos, entre otras cosas, porque también hay un trabajo, no solamente nuestro, sino de los servicios de salud mental.” [Entre_Arroyo_Psicología_FLM]

Las condiciones de salud mental están en la base de tentativas de suicidio que dan lugar a lesiones como la lesión medular, por lo que la labor preventiva en este ámbito resulta clave.

“Ahí tenemos personas con trastornos de TOC, trastorno de esquizofrenia, psicosis, trastornos de personalidad (sobre todo, personalidad límite) que, además, previamente a lo mejor han tenido distintos intentos. Que yo recuerde, pensando todos esos casos, la lesión medular se produce por caídas (se han tirado por la ventana, terraza, puente...)” [Entr_Arroyo_Psicología_FLM]

8.1.2. Factores protectores del comportamiento suicida

Los factores protectores se sitúan, asimismo, en el plano individual, relacional-comunitario, en el que se incluyen las redes de apoyo, y social en sentido más amplio.

Factores individuales: competencias emocionales y comunicativas

Entre los factores protectores, Guzmán se refiere en un primer momento a aquellos del **ámbito individual**, entre los que incluye las creencias, así como competencias de regulación emocional y resiliencia:

“el interés por mantenerte vivo, (...), la solidez de tu personalidad, a las habilidades de regulación emocional” [Entr_Guzmán_PsiCli]

Guzmán destaca cualidades de afrontamiento que permiten “*cierta capacidad de reflexión, de sobreponerte a las dificultades, de habilidades, de capacidades para retardar el malestar, de tolerarlo (...)*”. También Arroyo señala el papel diferencial que juegan las competencias de la personalidad, entre las que destaca la autocomprensión emocional y las habilidades-orientación comunicativa.

“Luego también las habilidades a nivel de personalidad que tiene la persona, por ejemplo, de comunicación, de saber transmitir lo que estás sintiendo...” [Arroyo_Psicología_FLM]

Blasco también se refiere al papel de las **creencias** (espirituales o religiosas), así como, básicamente, a la red familiar-social y a la participación comunitaria:

“(...) el tener un trabajo, tener una red social, el tener una buena relación de pareja, el tener hijos...” [Entr_HII_Blasco_Psiquiatra]

La red familiar y de apoyo inmediato

Diferentes interlocutores destacan el papel de la red inmediata de relación social: la familia. Tanto en el lado de la desestructuración, sobrecarga, y desencadenamiento de rupturas y situaciones de aislamiento y soledad, como factor de protección “primaria”.

“Para mí el gran factor protector siempre es la familia, cuando se tiene apoyo por parte de la familia. Yo he aprendido en algunos casos muchísimo de la familia. He sabido controlar o manejar situaciones con la persona, por la propia experiencia de las familias”. [Entr_Arroyo_Psicología_FLM]

Guzmán sitúa en este ámbito los que denomina como factores de protección **interpersonales**, que se combinan con los individuales, en referencia a:

“(...) contar con un grupo de apoyo, la sensación de pertenencia (...), la intimidad, contar con relaciones íntimas variadas y de cierta solidez, pertenencia a una familia, pertenencia a un grupo, a actividades placenteras, nivel de *hobbies*, éxito académico, sensación de poder, de tener diversos intereses por la vida y que te vaya bien en ellos” [Entr_Ana_Guzmán_PsiCli]

Requiere tenerse en cuenta a este respecto el contexto: la necesidad de apoyos, acompañamiento...

Red de apoyos y participación comunitaria

Tal como se apuntó en el apartado previo, sobre factores de riesgo, la participación e inclusión comunitaria, en el empleo y en otros ámbitos, la accesibilidad como precondition para ello, las redes sociales familiares, de amistad, comunitarias, entre otros aspectos, constituyen factores protectores básicos.

Guzmán apunta entre los que denomina los factores **situacionales**:

“(...) tener una vivienda, tener garantizada la seguridad personal, vivir en un entorno «rico», contar con las necesidades básicas cubiertas, que no haya conflictividad familiar aguda, que los padres no tengan otros factores de estrés añadidos (...)” [Entr_Ana_Guzmán_PsiCli]

8.1.3. Perspectiva de género en el comportamiento suicida

Todas las personas entrevistadas constatan las **diferencias según sexo en el comportamiento suicida**, tal como se ha apuntado en capítulos previos:

“(…) las mujeres tienen un porcentaje mayor de intentos de suicidio y los hombres un mayor porcentaje de consecución real del suicidio” [Entr_Rosa_Bayarri_PresSalMenCV]

“Los intentos de suicidio se dan más en mujeres, y el suicidio consumado se da más en hombres y en mujeres” [Entr_Rosa_Arquer_TE].

“(…) el suicidio consumado se da más en los varones y con métodos más violentos (...). Las mujeres suelen tener más tentativas, pero menos suicidio consumado”. [Entr_Nel_PresSalMenEsp]

Rosa de Arquer ofrece una explicación a esta paradoja de género, a la mayor prevalencia de la mujer en el intento de suicidio, y el mayor “éxito” del hombre en la consumación. Expone, entre otros aspectos, el papel de los **roles de género asociados a mujeres y hombres**. Al rol masculino se le asocia a mayor resistencia, a la no necesidad de ayuda, mientras que las mujeres se ven asociadas a la comunicación/verbalización de las emociones y los sentimientos, lo cual se convierte en un factor protector. Además, añade que las mujeres tienen el rol de persona cuidadora, de la que dependen otros miembros de la familia, y por tanto, son más necesarias para otros. Por tanto, esta dimensión cultural de roles se proyecta en procesos psico-emocionales diferentes.

“Las mujeres son más propensas a tener depresión y ansiedad, de interiorización, y en los hombres de externalización, como consumos... y en los hombres también cuenta el factor de impulsividad, y entonces usan métodos más violentos. Las mujeres tienen más intentos, pero con menos “éxito”. También se puede explicar por los roles de género: el rol tradicional masculino indicaba que tenía que ser resistente, no pedir ayuda... y la mujer está más vinculada a hablar de sentimientos... y eso funciona como un factor protector, hablar con el entorno, es un factor protector” [Entr_Arquer_T_Esperanza].

La psicóloga Ana Guzmán se refiere a la dificultad de los hombres para pedir ayuda ante situaciones de crisis, acudir a consulta, y la orientación hacia comportamientos más impulsivos.

“(…) el suicidio del hombre tiene unas características un poco distintas, es algo más impulsivo, hay menos demanda de ayuda, menos consulta, menos ingresos (...) es algo más letal, sin aviso y no necesariamente asociado a discapacidad (...) El hombre, probablemente, pide menos ayuda, lo haga de una manera más imprevista, sea menos «detectable», porque el hombre se deprime, pero no acude” [Entr_Guzmán_PsiCli]

Y concluye con una sentencia muy explicativa de esta diferenciación en el caso del hombre:

“el suicidio en el hombre es como más silencioso”. [Entr_Guzmán_PsiCli]

Bayarri incorpora, como situación diferencial la **violencia de género** que experimentan las mujeres con discapacidad, como factor de riesgo específico y probable multiplicador de situaciones adversas en este ámbito.

A la diferencia general por sexos, Blasco añade consideraciones relativas a la edad:

“(...) para los intentos de suicidio, la edad es una edad más joven o el sexo femenino, es decir, el perfil típico sería una mujer relativamente joven, por ejemplo, entre los 25 y los 40 años, mientras que para el suicidio consumado hablaríamos de sexo varón y una edad en torno a los 50 años”
[Entr_Blasco_Psiquiatra]

8.1.4. Medidas preventivas del comportamiento suicida

Sobre la base de la multicausalidad del comportamiento suicida con carácter general atendiendo a sus especificidades entre las personas con discapacidad, el cual combina aspectos psicocorporales, socioculturales, de inclusión comunitaria y apoyos, los informantes clave apunta, a partir de su experiencia, la necesidad de un abordaje preventivo “multicapa”, a distinta escala, y que actúe sobre diferentes ámbitos, entre los que destaca el educativo. La estrategia ha de responder, asimismo, al fortalecimiento de los factores protectores.

Estrategia preventiva “multicapa”

Hilario Blasco plantea también la necesidad de una **estrategia preventiva de suicidios “multicapa”**, prevención que trata de actuar en diferentes estratos o niveles, tal y como se recoge en los capítulos previos del estudio. Así:

“(...) al estrato social, al educativo, al sanitario... qué buenas prácticas podemos ofrecer a nivel social, cómo podemos prevenir. Qué podemos hacer a nivel de bomberos, dentro de la comunidad de policías. Vas por todos los colectivos: a nivel médico, social, educativo, y entonces vas viendo qué cosas se tienen que implementar, cómo puedes hacer una detección precoz (...)”
[Entr_HII_Blasco_Psiquiatra]

Al tiempo, le une que las medidas de prevención son, más allá de su sentido humano, en el plano económico sumamente eficientes, pues los gastos (de todo tipo) una vez realizado el acto suicida son muchísimo más elevados que las medidas preventivas. Apunta la necesidad, junto con otros/as interlocutores clave, de contar con un plan de prevención del suicidio a escala estatal.

El papel de la educación: emocional y preventiva

Distintas informantes que inciden en destacar el papel de la **educación en el campo de la prevención**. Esto comprende la educación (de la inteligencia) emocional y preventiva en el fortalecimiento de las cualidades protectoras ante la adversidad.

“(...) si ahora empezáramos con una educación emocional (...)”. [Indica el caso de las Islas Canarias], “donde los niños empiezan a generarse esa posibilidad de que hablen de sentimiento, de problemas emocionales, de ponerles nombre y normalizarlos, y sobre todo que se hable, (...) de desdramatizarlo, de asumirlo como parte de la vida de la persona”. [Entr_Bayarri_PresSalMenCV]

“inteligencia emocional amplia, de conocimiento de mí mismo, de capacidad de frustración (...) se van haciendo cosas, pero todavía no hay un programa, no hay programas ni metodologías estandarizadas, no se integra en el curriculum” [Entr_Ana_Guzmán_PsiCli]

Del mismo modo, apunta a la necesidad del **aprendizaje de habilidades relacionales** “*porque es que tampoco es que se sepan relacionar (...) todas las habilidades del lenguaje, habilidades metacognitivas, habilidades de solución de problemas*”, a lo que añade la carencia de vínculos estables, “*que no sean tan frágiles, tan etéreos*”. En este sentido, Elena Briongos, presidenta de la Federación Salud Mental Castilla y León, también incide en que la prevención debe iniciarse en los centros educativos, desde edades tempranas a la adolescencia. Briongos también apunta cómo no solo la escuela sino también la **familia y la sociedad** son espacios de educación preventiva.

Por otro lado, Briongos señala cómo en diversos centros escolares se está implantando la figura del denominado como “mediador infantil”, una figura que pretende ser vértice para la solución del acoso escolar, como figura intermediadora entre personas acosadoras y persona acosada.

Prevención y labor terapéutica en salud mental

Los distintos interlocutores destacan cómo más que la discapacidad en términos generales, procesos de salud mental resultan básicos en el comportamiento autolítico. La labor terapéutica, la atención a la salud mental, resulta, por tanto, básica en la prevención.

“En personas con TOC, con trastornos del ámbito depresivo (bipolares), incluso en los trastornos de personalidad límite el trabajo es de reestructuración cognitiva, de conocimiento de su situación de enfermedad... Con el paso de los años disminuyen los intentos, es decir, que hay un trabajo de concienciación muy importante. En el tema de psicosis o esquizofrenia, también se tiene que hacer ese trabajo” [Entr_Arroyo_Psicología_FLM]

Medios de comunicación y otros aspectos

Rosa Bayarri destaca el **papel de los medios de información**, subraya la importancia de cómo deben generarse las noticias en torno a este fenómeno, y apunta a la elaboración de guías de buenas prácticas y de estilo para los mismos.

Finaliza con las buenas prácticas referentes a la formación dirigidas a algunos cuerpos específicos, tal es el caso de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

Junto al papel de los medios de comunicación, Elena Briongos señala la conveniencia de desprender aprendizajes de prácticas preventivas ya existentes, entre las que destaca (es su ámbito territorial asociativo) el plan estratégico de salud mental de la Comunitat Valenciana y la existencia de protocolos y planes de prevención del suicidio.

Cabe apuntar que, tal como se señaló con anterioridad, el advenimiento de una condición de discapacidad puede resultar desencadenante de comportamiento autolítico, en distinto grado, cuando se combina con otros factores previos o en el momento, tanto individuales como sociales, el acompañamiento y orientación en estas primeras fases resulta fundamental.

Sistemas de atención e identificación temprana

La psicóloga Rosa de Arquer, responsable del Teléfono de la Esperanza en Asturias destaca el papel de estos medios de escucha y detección temprana como factor de protección y recurso preventivo: desde la existencia de un **primer contacto** con la persona, y que éste sea **anónimo** de realizado **de manera inmediata**.

“El factor de protección básico desde el punto de vista del Teléfono de la Esperanza es el primer contacto anónimo e inmediato. Cualquier persona puede levantar un teléfono y contar lo que le sucede a alguien ajeno, porque a veces no queremos en nuestro entorno preocupar... Se puede prevenir, el primer paso es hablarlo” [Entr_Arquer_T_Esperanza].

La identificación temprana comporta la cualificación para el “**reconocimiento de las señales**” que envía la persona que ha contactado con el Teléfono de la Esperanza, y aportar en consecuencia acompañamiento activo como soporte.

“Muchas veces no te piden ayuda contándote [que están pensando en suicidarse], pero cuando alguien te dice que la vida no merece la pena, o te está dando señales recogiendo sus cosas, despidiéndose, incluso regalando una mascota..., es el momento de decir: yo estoy aquí, para lo que necesites, si te encuentras mal’. Muchas veces, tirando de ese hilo, puedes descubrir que hay un problema” [Entr_Arquer_T_Esperanza].

Una vez sentada la perspectiva de interlocutores clave, parte de ellos asimismo directamente involucrados/as desde el plano personal y la participación asociativa en el ámbito de la salud mental, se presentan, con carácter ilustrativo, testimonios de personas que han experimentado esta circunstancia de manera directa.

8.2. Testimonios: la voz de las personas con discapacidad

El presente apartado ofrece, con carácter ilustrativo, un acercamiento al testimonio de dos personas, integrantes de la Confederación SALUD MENTAL España, en relación con la conducta suicida, como tentativa o como pérdida, en el caso de una familiar. El enfoque es de relato de vida. Se ha cambiado nombre y distintas circunstancias para salvaguardar el anonimato.

Juan

Juan es un hombre de mediana edad, que encontró fallecido a su padre en la juventud, trauma que le acompaña desde entonces. Se le suma que sus progenitores estaban separados de un tiempo atrás. Esto le llevó, según describe, a años de **pérdida de sentido de la vida (“sin rumbo”)**. Hombre trabajador y con gusto por la vida, con una época que relata como feliz, se ve truncada por una crisis epiléptica, y en la que se encuentra cercano a la muerte. Este momento se convierte en un punto de inflexión, y le obliga a cambios en la vida.

Pese a todo, y consecuencia de su situación de salud, tuvo un accidente de tráfico que le llevó a ser incapacitado laboralmente. Esto le condujo a vivir una **cuadro ansioso-depresivo** y verse como una **carga**, como **“inútil”**, según expresa. El empleo, ganarse la vida, era una fuente de sentido. Experimentó entonces un gran sufrimiento interior, no sólo propio sino también al percibir esta crisis en relación con su entorno, en especial para con su familia.

Con el tiempo se desencadenó la **ruptura de pareja**, la cual se agotó ante el cambio y disposición ante la vida de Juan. A esto se le sumó la **pérdida** por fallecimiento **de su otro ascendiente**.

Como se observa, se van dando de manera consecutiva varios factores de riesgo del comportamiento suicida, que el mismo Juan percibe, y expresa que repercuten como un **“cúmulo”**.

Llega el momento en el que decide dejar de sufrir; ha elegido el método y lugar donde realizarlo. Pero antes de esto, quiere despedirse de una hermana. Este hecho marca la diferencia, dado que evita la consumación del acto. Es una **llamada de emergencia**, que realiza a uno de los considerados como factores protectores: entorno familiar.

A partir de este momento, y con la ayuda necesaria, retoma su vida desde otras claves, recuperando, según el mismo cuenta, sentido y pulso diferente de la vida, que incluye momentos de crisis, a través de la participación en algunas entidades asociativas. En

ese sentido de vida, destaca la labor de “**apoyo entre pares**”, grupos de apoyo mutuo entre personas que han experimentado crisis de salud mental.

Silvia

Silvia es otro ejemplo de persona afectada por el suicidio, en este caso como familiar. Su madre se suicidó en su segundo intento; mientras, su hija, diagnosticada con una enfermedad mental, también tiene ideaciones y planes suicidas; cómo dice ella: “*por su cabeza ronda esa idea*”.

La situación por la que atraviesa es dolorosa y dura de llevar, no sólo por el acontecimiento vital ocurrido antaño, sino por la situación actual con su hija adolescente. Y es que “*la situación vivida anteriormente es muy complicada de llevar*”, ante lo cual lamenta la **carencia de ayudas de diverso tipo**. Dada la carencia mencionada de apoyos públicos, señala, si se tienen medios económicos, se acaba recurriendo a especialistas privados; en caso contrario, la situación discurre por “*dejarnos en manos del destino*”. Esto habla, en otras palabras, de las **barreras de acceso al sistema de salud**, incluida la atención psicológica/psiquiátrica y otro tipo de apoyos. La existencia de problemas de salud mental, en su propia experiencia y de personas próximas, no se corresponde con respuestas de atención y apoyo en este ámbito.

“personas que habían advertido, familiares que habían dicho que esa persona se encontraba mal, que tenía una patología (...) van incluso los servicios sociales a casa, y todo va bien”. Y, [prosigue], “al día siguiente o a los dos días, que se ha suicidado”.

Recuerda la situación por la que vivió su madre, diagnosticada con una enfermedad mental. Cada tres o seis meses visitaba al psiquiatra, pero “*no tenía otro tipo de ayuda más que ésa*”. Durante la vida de su madre, a veces se producían episodios de abandono del tratamiento, de no realización del seguimiento necesario, siendo las personas que estaban a su cargo las encargadas de hacer ver la necesidad de su continuidad. Todo esto era un **foco generador de malestar, de inquietud, en la familia**. Su madre tuvo un intento de suicidio siendo ella niña. Eso marca de manera traumática a la persona entrevistada:

“es algo que a mí me quedará para toda la vida” ¿Eso quién lo subsana? ¿Esos daños? Nadie”.

Consecuencia del intento de suicidio, su madre tuvo reconocida una discapacidad. Le generó el derecho a una prestación no contributiva, aunque para la entrevistada no suponía ningún alivio ni solución (“*a mí no me soluciona nada*”). Con el tiempo, la situación de la madre volvió a cauces de atención médica (“*se recondujo otra vez, seguimos con los médicos*”), pero los descendientes crecían y alcanzaban su edad adulta, creando cada uno de ellos su propia vida. La situación familiar cambió, por la

salida de los hijos del núcleo, y supuso que la madre estuviese más tiempo **sola** en casa, sin una estructura de actividad-sentido, lo que, según ella:

“(…) para estas personas, el estar solas es una bomba de relojería (…) la cabeza es cuando más elabora, cuando estás sola. No tienes ocupaciones ni nada que hacer”.

Fue en esa etapa vital cuando se produjo el segundo intento, esta vez consumado. Su madre les dejó una nota indicando que “*no nos culpabilizásemos nadie de lo ocurrido, que era su propia decisión para acabar con este sufrimiento y para no hacernos sufrir más a los demás*”. La nota no impidió que un **cúmulo de sentimientos y emociones invadiesen a la familia**. Y es que es:

“algo que te marca ya de por vida. Aprendes a vivir con ello, pero superarlo no lo superas. ¡Eso va contigo a la tumba!”.

Lamenta la falta de colaboración y ayuda por parte de las instituciones, alguien que pudiera realizar un “acompañamiento” cuando la familia no estuviese en casa.

Tras repasar su vida pasada y el desenlace fatal de su madre comienza con el relato de la situación de su hija, diagnosticada con una enfermedad mental, “*lo cual todavía lo estoy digiriendo. Porque no me lo creía. Cuando me dijeron el diagnóstico es que no me lo creía*”. Recuerda que la vida de su hija había transcurrido dentro de lo normal hasta el momento del diagnóstico, realizando actividades placenteras, y propias de su edad. Aun sin saber qué pudo desencadenar la enfermedad de su hija, barrunta la posibilidad de que tenga que ver con la situación vivida por su hermana, una situación también complicada y relacionada con la salud mental. Paulatinamente su comportamiento no fue el mismo, y en la actualidad “*todavía tiene muchos desajustes*”. Además, “*ella ha pasado épocas muy malas de no querer vivir y manifestártelo que ella no quiere vivir*”.

Madre e hija conversaron sobre el tema. La madre le hizo saber “*cómo me sentía, lo que influía en la familia, y el recuerdo que teníamos para toda nuestra vida, que sopesara los pros y los contras y si ella creía que era una decisión acertada*”. También le hizo llegar que “*no lo iba a poder superar*”.

A diferencia de lo que pasó con su madre, en este caso **sí se atisban diferencias en la situación de su hija**. Actualmente cuenta con la **ayuda de una asociación**, de la Confederación SALUD MENTAL España. Y gracias a ésta, su hija se encuentra actualmente en una **vivienda tutelada**, donde:

“*hace cosas, está entretenida, tiene momentos mejores, momentos peores, pero no está tan pasiva como estaba en casa*”.

No sólo es la asociación, sino que ha contado con todo el **apoyo** que necesitaba desde el primer momento que lo solicitó:

“desde la sanidad pública con los ingresos, con el diagnóstico enseguida que se lo hicieron, con las terapias, con la ayuda de los profesionales, el apoyo que nos daban a la familia. Después con el hospital de día”.

Sin embargo, del relato se desprende el **dolor** y la dureza al tener que enfrentarse a una situación así. Su hija:

“no aceptaba la enfermedad. Ella decía que prefería estar como estaba a estar tan pasiva como la dejaba la medicación, que era incapaz de pensar (...) Los pensamientos que tenía ella, y cómo ella vivía la vida. Entonces te decía que no, que no, que, para vivir así, prefería vivir como estaba antes, que estaba muy bien en su mundo, en sus cosas...”.

Previa a la vivienda tutelada su hija contaba con la **asistencia personal** y acudía a un centro de día. Una persona que le hacía compañía durante el tiempo que no estaba en dicho centro y velaba por que se tomara la medicación. Ya en cuanto a la vivienda tutelada, ella se encuentra acompañada por otros compañeros/as, y en la que están supervisados por dos personas, repartidas según horarios. Relata cómo es su actividad: “*unas van con ellos el lunes a hacer la compra, otros salen de paseo, van a hacer actividades y hacer papeleos...*”. La valoración de la madre respecto a la vivienda tutelada es muy positiva, pues ayuda a sus usuarios/as a:

“motivarles y a que la autoestima vaya creciendo, y vayan ellos siendo capaces de hacer una vida autónoma, dentro de sus posibilidades. Que se vean ellos útiles a la sociedad”.

Entre los motivos de dolor en relación con la experiencia se encuentra el propio **estigma** a la hora de hablar del suicidio:

“fíjate, decir que alguien se ha suicidado de tu familia, ¿qué dirá la gente? ¡Qué vergüenza! Ese tipo de comentarios tienes que oír”.

Y recuerda que, además de la persona, la familia también atraviesa un proceso doloroso y que exige de ayuda y de apoyos para seguir adelante:

“(...) no nos damos cuenta de que estas enfermedades no solamente las sufre la persona que lo pasa. Es que hay todo un recorrido de más personas, el núcleo familiar que le afecta totalmente esto. Y nos cambia la vida: a la persona que lo sufre y a los que estamos con ellos. ¿Quién te ayuda los días que estás tan baja y estás tan mal?”

Las emociones que expresa el testimonio combinan la esperanza en relación con su hija con las de **rabia e impotencia**, “*porque no puedes hacer más porque no te brinda la sociedad, las instituciones, más ayudas, más apoyos, y estás muy desvalido*”. Reconoce y agradece los apoyos con que cuenta su hija, aunque demanda otro tipo de ayudas además, de soporte psicológico para las familias, y económicas para las personas

afectadas. Y, además, subraya el “*no verte sola, que esté ahí alguien, que tengas ahí alguien, alguien con el que puedas contar*”.

9. La situación actual en materia de prevención del suicidio en España

9.1. Trayectoria, iniciativas y buenas prácticas en la prevención

La OMS (2014) hace mención a **la necesidad de la elaboración de planes nacionales de prevención del suicidio**. Asimismo, recuerda la necesaria “convergencia de interesados directos procedentes del gobierno, las ONG, el sector de la salud y otros sectores (...)” (OMS, 2014: 54) para el logro de este fin. Las propuestas de prevención comprenden:

- Mejorar la vigilancia y la investigación.
- Identificar a los grupos vulnerables y dirigirse a ellos.
- Mejorar la evaluación y el manejo del comportamiento suicida.
- Promover los factores ambientales e individuales protectores.
- Promover el conocimiento mediante la educación pública.
- Mejorar las actitudes sociales y las creencias y eliminar el estigma hacia las personas con trastornos mentales o que presentan comportamientos suicidas.
- Reducir el acceso a los medios utilizables para suicidarse.
- Alentar a los medios de difusión para que adopten mejores normas y prácticas de información sobre suicidios.
- Brindar apoyo a los familiares de quienes se hayan suicidado.

Del mismo modo, la OMS (2014) sitúa como los **componentes característicos** que deberían cumplir las **estrategias nacionales de prevención del suicidio**:

- Vigilancia.
- Restricción de los medios utilizables para suicidarse.
- Medios de difusión.
- Acceso a servicios.

- Capacitación y educación.
- Tratamiento.
- Intervención en crisis.
- Intervención posterior.
- Concienciación.
- Reducción de estigmas.
- Supervisión y coordinación.

En el año 2013 ya se hacían eco de la problemática que conlleva el suicidio, de tal forma que la OMS publicó el **Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020** (OMS, 2013). En este documento se recogen un conjunto de acciones propuestas para diferentes actores. Este Plan, aunque dirigido a la salud mental, presenta un objetivo concreto dedicado al suicidio. Así se observa en el Objetivo “Aplicar Estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental” (objetivo 3, meta mundial 3.2), donde figura la **prevención del suicidio como una de las prioridades**, y establece como **objetivo la reducción** en un **10%** de la **tasa de suicidios**. Para su cumplimiento, además del fin, se plasma el indicador utilizable (el número anual de muertes por suicidio por 100.000 habitantes), el medio de verificación (registro anual de defunciones por suicidio), y una serie de observaciones.

En resumen, la acción establecida es la prevención del suicidio, a través de la elaboración y aplicación de estrategias nacionales integrales de prevención, con la mirada puesta especialmente en determinados colectivos vulnerables (que presentan mayor riesgo de suicidio), entre ellos el colectivo LGTB, los jóvenes y otros grupos vulnerables independientemente de la edad.

Se le suma otro objetivo más (objetivo 4), que hace referencia a “Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental”, y en su seno, de entre las acciones destaca el sistema de información, con el que se recopilará y comunicará de manera sistemática datos sobre salud mental desglosados por sexo y edad. En este caso se incluyen los datos sobre suicidios y tentativas de suicidio.

La OMS-Europa en el año 2002 ya había dado cuenta de la importancia que suponía la prevención del suicidio, con la publicación ***Suicide Prevention in Europe***. La Comisión Europea publicó tres años más tarde el ***Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*** (2005), y en el que se recoge el interés que debe mostrarse por la prevención del objeto de estudio. Posteriormente se estableció el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar, tras la reunión en Bruselas en junio del 2008. Este Pacto consta de cinco

áreas prioritarias, siendo la primera de ellas la prevención de la depresión y el suicidio. Así, relacionan ambas, considerando que la primera (la depresión) es uno de los principales factores de riesgo del comportamiento suicida. Para conseguirlo, son cinco los puntos a manejar, y si algunos son relativos a la salud mental, hay tres que sí mencionan explícitamente el suicidio. Estos son:

- Restringir el acceso a potenciales métodos de suicidio
- Tomar medidas para reducir los factores de riesgo del suicidio (y otros)
- Proporcionar mecanismos de apoyo a las personas que hayan intentado suicidarse o a las personas que hayan perdido a un ser querido por el suicidio, así como la asistencia telefónica que ofrezca apoyo emocional.

Junto a lo dicho, merece destacarse la **European Alliance Against Depression** (EAAD), programa cuyo origen se remonta a un programa o subproyecto alemán: el Nuremberg Alliance against Depression. Este último fue puesto en funcionamiento para el periodo 2001-2002 y cuya meta guardaba relación con la depresión y la prevención del suicidio (Hergerl y Schäfer, 2007: 2). Tras su éxito se extendió a toda Alemania bajo el paraguas del *German Alliance against Depression*. A partir de aquí, apareció el interés internacional, fundándose en el año 2004 el *European Alliance against Depression*, con la participación en diversos países de la UE²⁹

Con todo, **España no cuenta con una Estrategia específica de Prevención del Suicidio**. De lo que sí disponía era de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (2011), en la que se recogen aspectos relativos al suicidio. En ésta figuran un conjunto de Objetivos, donde destaca el nº 2; “Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población en general”. Dentro de este objetivo se halla la realización y evaluación de acciones destinadas a reducir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo. Y como recomendación se establece el “desarrollar intervenciones preventivas, preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y el suicidio” (Ministerio de Sanidad, 2011: 37), en diferentes entornos, que son: los centros docentes, las instituciones penitenciarias y las residencias geriátricas.

²⁹Este programa fue objeto de aplicación en España, concretamente en las ciudades de Barcelona y Sabadell, con un impacto positivo en la reducción de las tasas de reintento de suicidio (Gabilondo, 2020: 31).

A falta de un marco o plan estratégico estatal, las comunidades autónomas han desplegado diferentes iniciativas, planes, estrategias, heterogéneas formalmente y diferente grado de implantación ³⁰.

- Aragón se encuentra desarrollando estrategias de prevención y registro de pacientes en riesgo.
- Baleares se hallaba en la fase preparatoria del plan de prevención de la conducta suicida.
- Cantabria contaba con el “Plan de Salud Mental 2015-2019, que establecía la prevención del suicidio como acción prioritaria, y en este caso, se hacía referencia al registro de las tentativas de suicidio y al seguimiento de las conductas suicidas.
- Algo similar sucedía en Castilla-La Mancha, que, desde el 2018, dispone de una Estrategia para la prevención del suicidio y la intervención ante tentativas autolíticas, enmarcado dentro del Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2018-2025.
- Extremadura, desde el año 2018, cuenta con un Plan de acción para la prevención y abordaje de las conductas suicidas, dentro del III Plan Integral de Salud Mental Extremadura 2016-2020.
- En Galicia, se cuenta con el Plan de Prevención del Suicidio 2017, con siete líneas estratégicas.
- La comunidad riojana también publicó en el año 2017 el Plan de prevención de la conducta suicida, donde hace referencia a planes de intervención individual, al seguimiento de las personas en riesgo, y un teléfono de prevención, en este caso, el Teléfono de la Esperanza.
- Para el caso de la comunidad madrileña y siguiendo el modelo de las Estrategias multinivel, se han implementado acciones con varias dianas, poblaciones de riesgo y vulnerables, formación e información a profesionales de Atención Primaria y SUMMA, información de facilitadores sociales (policía, bomberos,

³⁰ A su vez, existen algunas iniciativas puestas en funcionamiento por Corporaciones Locales. Sirva de ejemplo el de la ciudad de Barcelona, véase en <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitalisalut/es/canal/estrategia-de-prevencio-del-suicidi> (última visita 29-03-2021). Del mismo modo, iniciativas civiles han dedicado sus esfuerzos en prevención del suicidio, existiendo algunas como “Teléfono contra el suicidio”, “Teléfono de la Esperanza”, “Centro de Escucha San Camilo”, “Red Apis” o la “Associació Catalana per la prevenció del Suicidi”. Pueden consultarse en el siguiente enlace <https://www.telefonocontraelsuicidio.org/otras-entidades> (última visita 29-03-2021).

profesorado...) y acciones directas de sensibilización a la población en general. De tal forma que existe un Programa piloto de prevención del suicidio en el Hospital 12 de Octubre y en la Fundación Jiménez Díaz, dirigidas a personas que han realizado tentativas de suicidio. También cuenta con el denominado Código ARSUIC, que garantiza la continuidad asistencial a pacientes con potencial riesgo suicida identificado. Asimismo, se han realizado publicaciones diversas dentro de la campaña institucional sobre la depresión y la prevención del suicidio³¹. En la Comunidad de Madrid se dispone del Plan de Salud Mental 2018-2020, que incluye una línea estratégica específica para la prevención del suicidio. Recientemente, se aprobó el Plan de Refuerzo Asistencial Prioritaria en Salud Mental en la Postcrisis por COVID-19.

- País Vasco dispone de la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi, que, además de incluir líneas generales –más información, mejor asistencia e intervención temprana– cuenta con planes específicos, entre ellos, una web con información, formación a agentes sociales, protocolo para la identificación de riesgos, mapas de suicidios por región u otros.
- En la Comunitat Valenciana existe un Plan de prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida³².
- Cataluña, en el marco del programa europeo EAAD (*European Allinace Against Depression*) se desarrollaron dos experiencias del programa de Lucha contra la Depresión y Prevención del Suicidio, que son la base para la implementación posterior del Código Riesgo Suicidio³³.

³¹ Destacan la “Guía para familiares. Detección y Prevención de la Conducta suicida en personas con una enfermedad mental”, “Qué puedo hacer”, “Guía para la prevención y detección de la conducta suicida dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales”, “Guía NO ESTÁS SOLO Enséñales a vivir” y “Guía específica para supervivientes, familiares y allegados de personas que fallecieron por suicidio”.

³² Puede consultarse en <http://www.prevenciodelsuicidi.san.gva.es/documents/7217942/7267322/GU%C3%8DA+SUICIDI+%C3%81MBITO+SANITARIO.pdf> (última visita 28-04-2021)

³³ Para más información <https://www.codirisc.org/intervencion-crs> (última visita 28/04/2021)

9.2. La prevención del suicidio como asunto central en la agenda política del movimiento social de la discapacidad

El movimiento asociativo de las personas con discapacidad reivindica desde hace años, al amparo de la legislación internacional y nacional, abordar la cuestión del suicidio de las personas con discapacidad como política de Estado, atendiendo sus distintas vertientes. Entre estos aspectos, se plantea la necesidad de abordar la prevención del suicidio desde un enfoque de derechos humanos “poniendo en el centro a la persona, escuchándola para que tome sus decisiones y, en este caso, sea agarrarse a la vida con todos los recursos accesibles e inclusivos” (Martín Blanco, J., Representante del CERMI en Derechos humano). Esta accesibilidad de los recursos aplica, entre otros, a la previsión de un teléfono de tres cifras de prevención del suicidio. Asimismo, CERMI destaca el papel fundamental que desempeña el sistema educativo, en el impulso de valores como la tolerancia, la cooperación, el respeto, por encima de la competitividad. Con consideración de valor y respeto hacia las diferencias (Sancho, 2019).

La Confederación SALUD MENTAL España (CSME) promueve desde hace años diferentes acciones de concienciación e influencia para diseñar una estrategia integral de prevención del suicidio, así como publicaciones. El CERMI, en colaboración con la CSME, ha realizado distintas actuaciones de reflexión y concienciación, destacando el peso de la soledad no deseada en la conducta suicida entre las personas con discapacidad.

Merecen destacarse otras iniciativas, como la Radio La Barandilla, de la asociación “La Barandilla”, que viene realizando una labor de concienciación en este campo.

9.3. Buenas prácticas en materia de prevención del suicidio

A la luz de la revisión realizada, contando en algunos casos con el criterio de informantes clave, se recoge una serie de buenas prácticas detectadas en el ámbito internacional y en el nacional. En el internacional destacan el *Suicide Prevention Resource Center*, *The Live On Moviment*, el programa de prevención del suicidio puesto en funcionamiento por el gobierno finés o el Ministerio de la Soledad en Japón.

En el ámbito estatal se presentarán algunas buenas prácticas, tales como el Teléfono de la Esperanza, el proyecto JULIA, el Código Riesgo Suicidio o la aplicación móvil PREVENSUIC.

9.3.1. Ámbito internacional

9.3.1.1. Suicide Prevention Resource Center (SPRC) (Estados Unidos)

Suicide Prevention Resource Center	
Institución / localización	Marco temporal
Suicide Prevention Resource Center, Estados Unidos	2015- actualidad
Descripción	
<p>El Suicide Prevention Resource Center ofrece una aproximación integral a la Prevención del Suicidio para la eficacia del programa. Requiere de una combinación de esfuerzos, realizando un trabajo conjunto para el abordaje de diferentes aspectos del problema. Consta de nueve estrategias que conforman un enfoque integral para la prevención del suicidio y la salud mental. Las estrategias son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar y asistir personas en riesgo - Aumentar la búsqueda de ayuda - Garantizar el acceso efectivo a la salud mental, a la atención y el tratamiento del suicidio - Apoyar las transiciones de atención segura y crear vínculos organizativos. - Responder de forma efectiva a los individuos en crisis - Prever una post- intervención inmediata y a largo plazo - Reducir el acceso a los medios de suicidio - Mejorar las aptitudes para la vida y la resiliencia - Promover la conexión y el apoyo social <p>Este centro ha constatado que tener un problema de salud física grave o una discapacidad puede aumentar el riesgo de suicidio. El enfoque puede ayudar a garantizar que las personas reciban la atención necesaria para sus problemas de salud física, al tiempo que se identifica tanto el riesgo de suicidio como proporcionar tratamiento, atención y seguimiento. Sugiere que las iniciativas tienen que surgir de los entornos de atención a la salud, siendo clave para reducir el riesgo de suicidio. Así, la atención primaria y otros entornos donde el paciente es tratado de problemas de salud física son claves. También establece la importancia de los entornos de atención psicológica y conductual.</p>	
Información	
<ul style="list-style-type: none"> • Una aproximación comprensiva a la prevención del suicidio: https://sprc.org/effective-prevention/comprehensive-approach • Personas con problemas físicos de salud o discapacidad: https://www.sprc.org/populations/people-physical-health-problems-or-disabilities 	

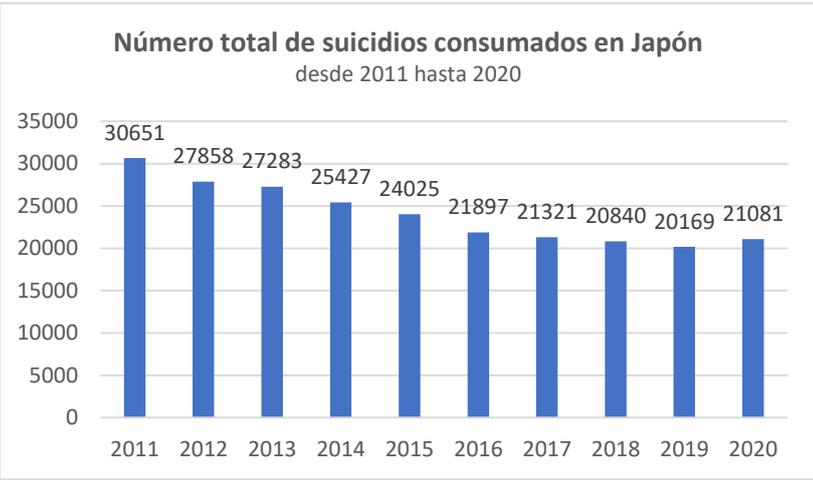
9.3.1.2. *The Live On Movement (Estados Unidos)*

The Live on Movement	
Institución / localización	Marco temporal
Live On Movement, Estados Unidos	2016- actualidad
Descripción	
<p>The Live On Movement es un proyecto del movimiento de vida independiente en Estados Unidos, impulsado por las propias personas con discapacidad y cuyo objetivo es la prevención del suicidio de los miembros del colectivo. Esta iniciativa ofrece un canal de atención directa, direcciones e instrumentos (como testimonios), métodos y recursos a los que acudir en caso de necesidad de atención psicológica.</p> <p>Surge a partir de la película Me Before You, que hace un relato dañino sobre el deseo de suicidio de las personas con discapacidad. El objetivo del Movimiento <i>Live On</i> es mostrar un mensaje contrario al que se desarrolla en la película ya que se demuestra, explícita e implícitamente, la visión de que vivir con discapacidad no merece la pena y la incompreensión por parte del resto de la sociedad.</p> <p>El Movimiento trata de implicar a las personas con discapacidad adquirida, aquellas que experimentan discapacidades progresivas, jóvenes con una discapacidad que intentan hacer algo por sí mismos y aquellos que se enfrentan a la intimidación, la depresión y/o ideas suicidas que puedan experimentar al sentirse aislados, solos y sin esperanza. Este proyecto tiene por objetivo enseñar a todos estos colectivos que la discapacidad es normal y que no tiene nada de malo, constatando con ello que pueden tener un futuro y que ésta no es un factor condicionante.</p> <p>El objetivo principal de este movimiento es empoderar a las personas discapacitadas y asegurarles que no están solas.</p>	
	
Información	
<ul style="list-style-type: none"> Center for Disability Rights: https://www.cdrnys.org/blog/advocacy/the-liveon-project/ Página web oficial del movimiento: http://liveon.net/ En Twitter a través de la cuenta @Live_On_Project o del hashtag #LiveOn Project; YouTube: https://www.youtube.com/channel/UC2GiugEcuZpY_gCl6eNjkOQ/featured 	

9.3.1.3. Programme for suicide prevention (Finlandia)

Programme for suicide prevention	
Institución / localización	Marco temporal
Ministerio de Asuntos Sociales y Salud, Finlandia	11.2.2020 – 31.12.2030
Descripción	
<p>Finlandia encabeza distintas clasificaciones mundiales, entre ellas, la nación más feliz del Planeta. Sin embargo, también ha estado en las primeras posiciones en tasas de suicidio, llegando a considerar este fenómeno como un problema de salud pública.</p> <p>Actualmente, el país ha reducido las tasas de suicidio en todos los grupos de edad desde la década de los noventa. El cambio de tendencia se ha vinculado con la campaña nacional de prevención del suicidio cuando los datos eran más elevados, así como el impulso de mejores tratamientos para la depresión. A pesar de que estas medidas han conseguido revertir tendencias, el país mantiene sus datos por encima de la media europea.</p> <p>El objetivo del programa para la prevención del suicidio, que se implementará a nivel nacional durante diez años, es augmentar la conciencia sobre el suicidio y las ideas suicidas. Se ejecutará mediante un discurso social con el objetivo de facilitar el acceso a servicios sociales y sanitarios adecuados. El programa también busca fomentar el sentimiento de comunidad y de responsabilidad mutua, considerando que cualquiera puede ser un apoyo en el momento requerido.</p> <p>Dentro de este programa se establece que el riesgo de suicidio es mayor para aquellos grupos que han experimentado pensamientos suicidas o con tentativa previa. Además, en esta iniciativa se mencionan grupos de riesgo, para quienes se debe evaluar la necesidad de tratamiento y proveerles de las mismas oportunidades. En el punto 13 del programa se identifican los colectivos, entre los que figuran las personas con discapacidad. Los colectivos de alto riesgo contarán con un mayor apoyo (medida 12), y se han establecido programas de prevención y apoyo de emergencia (medida 14). Las nuevas tecnologías serán una herramienta útil para las personas con discapacidad, al desarrollarse funciones de divulgación <i>online</i> para llegar a estos e instarlos a buscar ayuda (medida 16).</p>	
Más información	
<ul style="list-style-type: none"> Descripción del Programa para la Prevención del Suicidio: https://thl.fi/en/web/thlfi-en/research-and-development/research-and-projects/programme-for-suicide-prevention 	

9.3.1.4. Gobierno de Japón

Políticas nacionales																							
Institución / localización	Marco temporal																						
Gobierno de Japón	2006- actualidad																						
Descripción																							
<p>El gobierno de Japón aplica diversas políticas y programas para prevenir el suicidio. En el año 2006, creó una ley fundamental para luchar contra la oleada de suicidios y, un año después, aprobó la elaboración de un Libro Blanco sobre la lucha contra el Suicidio. Su objetivo era el fomento de la investigación de las causas del suicidio.</p> <p>La investigación ha constatado la multicausalidad del suicidio y que éste no radica en exclusiva en problemas de salud mental, sino que existen en el seno de la sociedad muchos otros factores que condicionan e influyen en el sujeto.</p> <p>El desarrollo de la ley supuso un punto de inflexión. Antaño, el suicidio tenía el reconocimiento de problema personal. Con la nueva ley se considera un problema de tipo social. Este cambio de tendencia ha impulsado mayor concienciación social. Los pilares de la prevención del suicidio son: el apoyo personal, la cooperación regional y el sistema social.</p> <p>Los resultados mostrados en el gráfico señalan un cambio de tendencia en Japón ya que, desde mediados de los años 2000, el país ha experimentado una reducción progresiva de las víctimas de suicidio. En el año 2020, los datos se mantienen y han crecido ligeramente, cabe suponer por la situación pandémica de los últimos tiempos.</p>	<p>Número total de suicidios consumados en Japón desde 2011 hasta 2020</p>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Número total de suicidios consumados</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2011</td><td>30651</td></tr> <tr><td>2012</td><td>27858</td></tr> <tr><td>2013</td><td>27283</td></tr> <tr><td>2014</td><td>25427</td></tr> <tr><td>2015</td><td>24025</td></tr> <tr><td>2016</td><td>21897</td></tr> <tr><td>2017</td><td>21321</td></tr> <tr><td>2018</td><td>20840</td></tr> <tr><td>2019</td><td>20169</td></tr> <tr><td>2020</td><td>21081</td></tr> </tbody> </table>	Año	Número total de suicidios consumados	2011	30651	2012	27858	2013	27283	2014	25427	2015	24025	2016	21897	2017	21321	2018	20840	2019	20169	2020	21081
Año	Número total de suicidios consumados																						
2011	30651																						
2012	27858																						
2013	27283																						
2014	25427																						
2015	24025																						
2016	21897																						
2017	21321																						
2018	20840																						
2019	20169																						
2020	21081																						
Información																							
<ul style="list-style-type: none"> Organización Mundial de la Salud- Suicidio, Japón. The General Principles of Suicide Prevention Policy: http://www.mindbank.info/item/6766 Japan turning a corner in suicide prevention: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/japan_story/en/ White paper on suicide prevention in Japan digest version: https://dl.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/10226219 Overview of comprehensive measures to prevent suicide: https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw4/dl/health_care_and_welfare_measures_for_people_with_physical_disabilities/2011071911.pdf 																							

9.3.2. Ámbito estatal

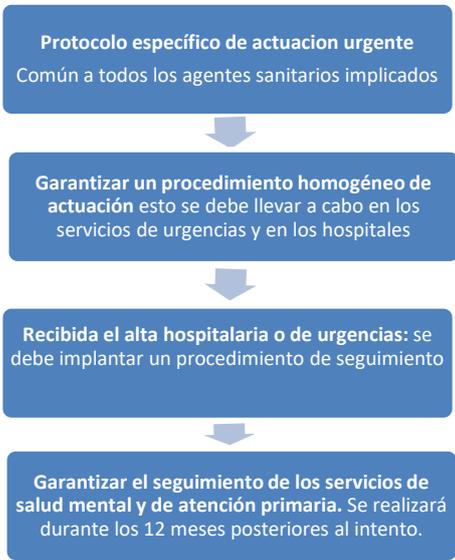
9.3.2.1. Teléfono de la Esperanza

El Teléfono de la Esperanza	
Institución / localización	Marco temporal
El Teléfono de la Esperanza, España	1971- actualidad
Descripción	
<p>El Teléfono de la Esperanza fue una iniciativa novedosa en sus inicios al tratar de impulsar la atención integral de personas con discapacidad física, psíquica y sensorial. Este impulso se fue realizando de manera progresiva, fomentando un enfoque integral que atendía aspectos educativos, de rehabilitación, psicológicos, psiquiátricos y de educación profesional.</p> <p>En un primer momento, sus impulsores realizaron un trabajo previo para detectar los problemas psicosociales más relevantes, teniendo contacto con instituciones y organismos ya existentes. A partir de este estudio inicial, pudieron delimitar las problemáticas sociales, estableciendo con ello conclusiones sobre los ejes de trabajo prioritarios.</p> <p>Se estableció el teléfono porque era un medio rápido y eficaz para intervenir en casos de crisis, con nuevas adaptaciones ante la aparición de nuevas tecnologías. Además, se estableció como prioritario el dar preferencia a los conflictos psicosociales más graves. Para su logro, actúan equipos de profesionales y voluntarios no profesionales, formados para dar respuesta a las situaciones planteadas.</p> <p>Los resultados iniciales fueron esperanzadores ya que la organización comenzó a recibir llamadas desde diferentes localidades. Esta situación llevó a la expansión de sedes a nivel nacional, al tiempo que desarrollaban convenios internacionales. Desde ese momento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha atendido 5 millones de llamadas telefónicas, de las cuales 400.000 personas tenían ideas suicidas. • 250.000 personas han sido atendidas por especialistas de salud mental. • Se han realizado 10.000 cursos y talleres para atender a personas en crisis y promocionar la salud mental. • La revista AVIVIR difundida con el objetivo de formar e informar sobre la salud mental y emocional ha distribuido 1.700.000 ejemplares. • 25.000 voluntarios formados. 	
Más información	
<ul style="list-style-type: none"> • Web oficial: https://telefonodelaesperanza.org/ • Otros canales de difusión de la iniciativa: https://www.youtube.com/user/telefonoesperanza 	

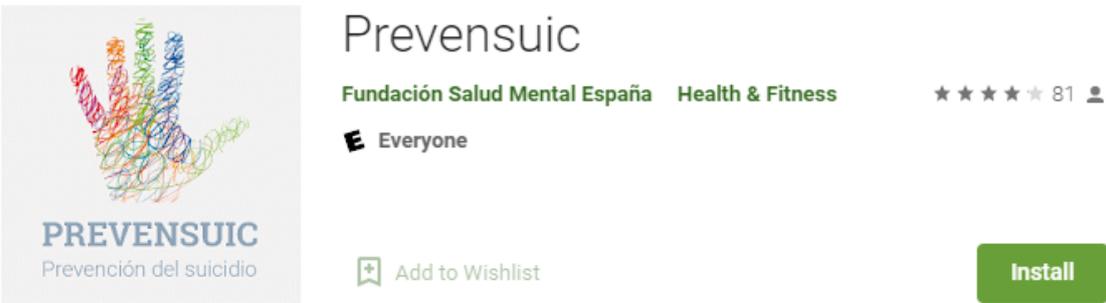
9.3.2.2. Proyecto JULIA (Castilla y León)

Proyecto JULIA: redes que sanan en entornos rurales	
Institución / localización	Marco temporal
Federación de Salud Mental, Castilla y León	2018- actualidad
Descripción	
<p>El Proyecto JULIA está financiado por la Dirección General de la Mujer de la Junta de Castilla y León y la Fundación ONCE. El proyecto se incluye dentro de la línea programática dirigida a la promoción de la igualdad de oportunidades y la prevención de la violencia de género en el medio rural.</p> <p>Su objetivo es crear oportunidades de desarrollo personal y social de las mujeres rurales con problemas de salud mental. Este Proyecto se realiza capacitándolas para que efectúen actividades que les permitan un análisis crítico ante las desigualdades relacionadas con el género, la discapacidad y la salud mental. Para adquirir estas habilidades, realizan un conjunto de talleres y, a través de 5 módulos, aprenden herramientas que promueven la autonomía y el empoderamiento con el fin de fortalecer una identidad positiva de las mujeres participantes.</p> <div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>Juntas: Primera toma de contacto para conocerse.</p> <p>Únicas: hablar de las historias de vida que tenemos en común.</p> <p>Libres: nuestros buenos tratos y cuidados.</p> <p>Independientes: hacia donde nos queremos dirigir, retos...</p> <p>Activas: cómo va a continuar el grupo.</p> </div> <p>Los resultados obtenidos hasta el momento con la realización de distintos talleres señalan que el 95% de las participantes del Proyecto JULIA han reforzado su red de apoyos y recursos.</p>	
Más información	
<ul style="list-style-type: none"> • https://saludmentalcyf.org/2019/02/27/el-95-de-las-participantes-en-el-proyecto-julia-ha-reforzado-sus-red-de-apoyos-y-recursos/ • Salud Mental nos habla sobre el proyecto JULIA Plaza Mayor 10 02 2021 - YouTube 	

9.3.2.3. Código Riesgo Suicidio (Cataluña)

Código Riesgo Suicidio	
Institución / localización	Marco temporal
Generalitat de Cataluña, Cataluña	Junio de 2014- actualidad
Descripción	
<p>La Generalitat de Cataluña creó en junio de 2014 Código Riesgo Suicidio. Se trata de una iniciativa pionera que registra las tentativas de suicidio y establece un seguimiento a las personas que lo han intentado. Se han programado acciones y protocolos que garantizan una actuación coordinada y homogénea de los dispositivos asistenciales de la red sanitaria catalana para la detección, información e intervención ante la conducta suicidio.</p> <p>Las acciones y protocolos definidos en este programa tienen como objetivo evitar que la víctima vuelva a cometer otro intento de suicidio, realizando un seguimiento médico y psicológico durante los 12 meses posteriores al intento.</p> <p>Desde su creación a mediados de 2014 y hasta julio de 2020, el programa ha atendido año tras año a un mayor número de casos.</p>	
 <pre> graph TD A[Protocolo específico de actuación urgente Común a todos los agentes sanitarios implicados] --> B[Garantizar un procedimiento homogéneo de actuación esto se debe llevar a cabo en los servicios de urgencias y en los hospitales] B --> C[Recibida el alta hospitalaria o de urgencias: se debe implantar un procedimiento de seguimiento] C --> D[Garantizar el seguimiento de los servicios de salud mental y de atención primaria. Se realizará durante los 12 meses posteriores al intento.] </pre>	
Más información	
<ul style="list-style-type: none"> • https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/programas-de-prevencion/crs/ • Valoración de resultados del Programa Código Riesgo Suicidio y perfil de usuarios: https://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 http://www.postermedic.com/parcdesalutmar/pparcdesalutmar1816230/pdfbaja/pparcdesalutmar1816230.pdf 	

9.3.2.4. *Prevensuic (España)*

Prevensuic	
Institución / localización	Marco temporal
Fundación Salud Mental España, España	2015- actualidad
Descripción	
<p>Hoy en día, las aplicaciones móviles se han convertido en una herramienta fundamental de la vida diaria. Por ello, La Fundación Salud Mental España ha desarrollado PREVENSUIC, la primera aplicación en español para la prevención del suicidio.</p> <p>Su objetivo es facilitar el abordaje de la conducta suicida vinculando a profesionales, persona que tienen esta conducta y familiares y/o personas allegadas. La relación se desarrolla en un contexto terapéutico controlado y supervisado por profesionales. El contenido que se despliega está basado en la evidencia científica disponible y se ha ido aumentando como resultado natural de la evolución de la ciencia. El material que ofrece es orientativo, sin que tenga que ser aplicado en cada situación individual (dada las particularidades personales). Asimismo, se han desarrollado una serie de pautas generales y específicas para personas con discapacidad.</p> <p>Desde 2015 esta aplicación ha tenido más de 10.000 descargas con una valoración de 4 sobre 5, datos que le han otorgado la capacidad de mantenerse en la era digital que vivimos y ha conseguido también desarrollar sus contenidos en inglés y portugués, con el objetivo de llegar a un mayor número de población.</p>	
	
Más información	
<p>Descripción de Programa PREVENSUIC a través de la página web: https://www.prevensuic.org/</p> <p>PREVENSUIC en Google Play: https://play.google.com/store/apps/details?id=es.aciliainternet.prevensuic&hl=en&gl=US</p>	

9.4. Factores de riesgo y propuestas de intervención para mujeres y niñas con discapacidad

Como se ha señalado en el informe, en población general se da un patrón de comportamiento diferente en cuanto al suicidio entre sexos: mientras que 3 de cada 4 suicidios consumados corresponden a hombres, los intentos de suicidio son 3 veces mayores entre las mujeres. En apartados previos se han señalado diferentes factores, sobre todo de tipo sociocultural en la configuración de los roles de género, como explicativos de estas diferencias. Resulta, por tanto, necesario, establecer una estrategia preventiva diferenciada por género en el abordaje de la conducta suicida.

En lo que se refiere a factores específicos entre las mujeres y niñas con discapacidad, a partir del conocimiento disponible y de la contribución aportada desde la experiencia de los/las interlocutores clave entrevistadas, cabe destacar:

- La interseccionalidad de situaciones de discriminación que afecta a las mujeres niñas con discapacidad, que se traduce en una menor participación social, mayor probabilidad de aislamiento y soledad, sobre todo en edades avanzadas.
- Determinados patrones de normalidad idealizada, relacionadas con imágenes de juventud (y en consecuencia, prejuicio del edadismo), belleza, sexualidad... Se proyectan con mayor fuerza sobre las mujeres y niñas con discapacidad, en desvalorización de su (auto)imagen, autoestima y cómo barreras de participación.
- Las mujeres y niñas con discapacidad, según estudios referenciados, experimentan en mayor medida que las mujeres en general situaciones de violencia de género, un factor de riesgo destacado en relación con la conducta suicida.

En clave positiva, las mujeres con discapacidad parecen tener una mayor predisposición a la comunicación y petición de ayuda. Se trata de un factor protector a potenciar en las políticas preventivas. Como otras medidas preventivas a promover, cabe apuntar:

- Promover la participación en igualdad de oportunidades de las mujeres y niñas con discapacidad, en diferentes espacios de acuerdo a su edad y preferencias.
- Impulsar, en relación con lo anterior, el establecimiento de redes de apoyo y vínculos significativos, que favorezcan su participación comunitaria.

- Promover el acceso a recursos de distinto tipo entre las mujeres con discapacidad, que permitan equiparar sus oportunidades.
- Desarrollar, dentro de las diferentes acciones del ámbito educativo, el respeto a las mujeres y niñas con discapacidad.
- Mantener e impulsar políticas preventivas e intervención ante la violencia de género en mujeres y niñas con discapacidad.
- Tener en cuenta la especificidad, requerimientos y preferencias de las mujeres y niñas con discapacidad en el diseño de las distintas políticas públicas y medidas en el ámbito de la salud mental y la prevención del suicidio.

9.5. Hacia una respuesta nacional integral para la prevención del suicidio

Desde diferentes instancias se solicita que las Administraciones deben actuar y afrontar el reto de la prevención del suicidio. A lo largo del presente documento se han sugerido aspectos estratégicos en relación con la prevención del suicidio, sobre la que tiene su base en el esquema de factores de riesgo y protectores planteado por la OMS (2014). La evidencia disponible, las mejores prácticas, la trayectoria de distintas comunidades autónomas, aportan una base para el diseño de esta estrategia, que ha de tomar en cuenta las necesidades y requerimientos de colectivos en situación de especial vulnerabilidad, entre los que se cuentan las personas con discapacidad.

El enfoque de género, teniendo en cuenta los distintos comportamientos en este campo entre hombres y mujeres, ha de ser una de las variables a considerar, también en el ámbito de la discapacidad. Entre los diferentes perfiles y aspectos a considerar, destacan la atención a la salud mental, las redes y recursos de apoyo, las medidas de accesibilidad y favorecedoras de la participación, entre otras, para promover la inclusión comunitaria.

De acuerdo a la comprensión actual, y a las propuestas en materia de prevención, esta estrategia ha de actuar tanto en el campo individual como en el social, con diferentes vertientes y actores parte en esta actuación, que se basa en la corresponsabilidad social. El presente estudio pretende aportar una contribución en este sentido, en relación con las condiciones específicas de las personas con discapacidad.

10. Conclusiones

El presente estudio sobre el suicidio de las personas con discapacidad en España combina una revisión del conocimiento disponible con una aproximación empírica, mediante entrevistas con siete informantes clave, así como, con carácter ilustrativo, dos casos-testimonios en primera persona.

Cabe desprender como principales conclusiones:

- El suicidio obedece a factores de riesgo multicausales, en diferentes ámbitos: sanitarios, como el acceso a los recursos de salud, entre ellos de manera destacada, aquellos de atención a la salud mental; sociales (como las crisis económicas o de otro tipo, los medios de comunicación, etc.), comunitarios y de relación social (entre los que se incluyen, entre otros, situaciones de discriminación, aislamiento y falta de apoyo), así como individuales (entre los que se cuentan los trastornos de salud mental, el dolor crónico o la pérdida de sentido). Estos factores actúan de manera combinada y acumulativa.
- Entre los factores protectores destacan las relaciones personales significativas y saludables, como red de apoyo, la participación social, así como cualidades personales relacionadas con la competencia emocional o estrategias positivas de afrontamiento de la adversidad.
- Los colectivos diferentes al estándar normativo, minorías, experimentan una mayor probabilidad de conductas suicidas, por su mayor exposición a prejuicios/estigma, discriminación y exclusión social. En estas circunstancias se encuentran las personas con discapacidad y, de manera particular, las mujeres y niñas con discapacidad.
- En el caso de las personas con discapacidad, tanto los estudios disponibles como la perspectiva de los/las informantes clave coincide en apuntar a una combinación de factores, tanto del ámbito psicocorporal como social y comunitario, en relación con la mayor probabilidad de comportamiento suicida, en sus distintos grados.
- Entre los factores de riesgo de ámbito psicocorporal destaca el dolor crónico, que puede cursar con determinadas situaciones de discapacidad.
- Entre los factores de riesgo en el ámbito socio-comunitario destacan las situaciones de discriminación y barreras a la participación en distintos espacios, que pueden variar en función de la edad y otras circunstancias. Entre

adolescentes el acoso escolar trae consigo consecuencias como la baja autoestima, ansiedad/depresión, además de otras de tipo académico y relacional.

- Las situaciones de dependencia, que pueden darse en especial en condiciones de discapacidad física, a falta de apoyos, pueden traducirse en percepción de carga autopercibida, además de tensionar o llevar a ruptura de redes familiares, con consecuencias de aislamiento, pérdida de sentido vital.
- Entre las condiciones de salud mental y discapacidad psicosocial, la depresión mayor presenta una mayor probabilidad de comportamiento suicida, con lo que conlleva como reto de prevención.
- El ideal normativo de persona autosuficiente, competitiva, joven... Trae consigo un estigma y estereotipos que devalúan a las personas que no cumplen con este estándar, procesos que se interiorizan como deterioro de la (auto)imagen y autoestima. El estigma se proyecta de manera diferenciada entre los diferentes perfiles dentro del heterogéneo colectivo de las personas con discapacidad, y se focaliza con mayor intensidad hacia aquellas con discapacidad psicosocial.
- La soledad no elegida, que se da en especial entre personas mayores con discapacidad ("*y tiene rostro de mujer*"), trae consigo consecuencias en el plano físico y de la salud mental. La pandemia por COVID-19 ha aumentado las circunstancias de soledad, al restringir las interacciones sociales.
- Cuando se trata de una discapacidad sobrevenida, ésta puede convertirse en un factor desencadenante, en cuanto experiencia de pérdida (de salud, de rol social, etc.), dar lugar a crisis o pérdida de relaciones interpersonales, en especial cuando pudieran ser frágiles o venir marcadas por conflictos previos.
- Entre los factores protectores ante el suicidio de las personas con discapacidad, se cuentan cualidades individuales-personales, tales como la competencia/inteligencia emocional, habilidades comunicativas. La red familiar desempeña un papel protector clave, y requiere a su vez contar con apoyos para que resulte viable. En sentido más amplio, la inclusión comunitaria, la participación, contribuyen al reconocimiento y sentido vital.
- Se da un comportamiento diferenciado en relación con el suicidio entre hombres y mujeres, que se proyecta también en el ámbito de la discapacidad. Es necesario tener en cuenta, de cara a la prevención, estos aspectos diferenciales, en sus distintos componentes: mayor impulsividad, determinación, en varones ("*se suicidan como en silencio*"), mayor proporción de tentativas mujeres.

11. Recomendaciones

Las personas con discapacidad afrontan, como otras minorías en desventaja, afrontan situaciones de discriminación, vulnerabilidad y exclusión, así como componentes específicos de salud y psicocorporales que requieren, en consonancia con las pautas actuales en materia de prevención, diseñar medidas específicas por su mayor exposición a factores de riesgo de conducta suicida.

Sobre la base de la multicausalidad del comportamiento suicida con carácter general y atendiendo a sus especificidades entre las personas con discapacidad, que combina aspectos psicocorporales, socioculturales, de inclusión comunitaria y apoyos, resulta necesario un abordaje multifactorial, “multicapa”, que actúe en distintos planos de competencia y ámbitos sectoriales. Dicha estrategia ha de contrarrestar los factores de riesgo y contribuir a fortalecer aquellos de carácter protector.

A partir de estas dos consideraciones de partida y las propias conclusiones se apuntan líneas de recomendación:

- Garantizar la accesibilidad universal de los medios generales en prevención del suicidio, incluyendo el teléfono específico previsto y sus alternativas de interacción.
- Promover recursos de acompañamiento y orientación ante el momento en que una crisis asociada con situaciones de discapacidad adquirida, así como, de manera específica, en el ámbito de la atención a la salud mental.
- En el ámbito personal-individual corresponde promover espacios, a lo largo del ciclo vital y acordes al mismo, que favorezcan la educación emocional, habilidades comunicativas y afirmativas, capacidades de afrontamiento y resolución.
- Promover aquellas acciones que favorezcan la participación en igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad en los diferentes ámbitos: accesibilidad universal, apoyos, empleo, educación inclusiva, etc.
- Promover, en este mismo sentido, acciones que favorezcan la inclusión comunitaria, el apoyo mutuo y el establecimiento de relaciones significativas y saludables a lo largo del ciclo vital, en distintos espacios: educativo, empleo, ocio...
- Impulsar la educación en valores de respeto a la diferencia, inclusión, en relación con las personas con discapacidad como parte del hecho de la diversidad

humana. Esta concienciación en valores tiene un ámbito destacado en el sistema educativo, si bien comprende en un sentido más amplio la sociedad en su conjunto, desde la familia a las distintas organizaciones, como una cuestión de corresponsabilidad.

- Contrarrestar los procesos de estigmatización y prejuicios basados en la idealización normativa promoviendo las medidas de igualdad de oportunidades en los distintos ámbitos, incluyendo el compromiso de los medios de comunicación. El conocimiento y aplicación de pautas comunicativas de trato adecuado en relación con las personas con discapacidad, la conciencia en relación con estereotipos, trato de aspectos de salud mental, conducta suicida, entre otros aspectos relacionados, resulta básica para promover una sociedad basada en el respeto a esta condición diferencial.
- En el ámbito educativo resulta clave, asimismo, prevenir las situaciones de acoso por motivos de discapacidad. Figuras como el/la mediador infantil, el impulso de la corresponsabilidad del alumnado en la prevención y respeto, son ejemplos de buena práctica en este sentido.
- Ante aquellas situaciones de dependencia funcional, proveer recursos de apoyo diversificados acordes a las necesidades y preferencias de la persona. De esta manera se previenen, por otro lado, las situaciones de (co)dependencia con respecto a la familia y la sobrecarga del cuidador/a. Proveer, asimismo, apoyo diversificado al entorno familiar.
- Ante conducta suicida expresada en diverso grado, disponer medidas preventivas en este sentido multifactorial, sobre la base de la atención a los aspectos de salud mental.
- Diseñar y aplicar actuaciones de prevención y acompañamiento en situaciones de soledad, teniendo en cuenta la situación específica de las personas con discapacidad.
- Impulsar la formación de los equipos profesionales sanitarios de atención primaria y especializada en la detección, acompañamiento y apoyo a personas con discapacidad y entorno familiar que puedan presentar factores de riesgo.
- Impulsar la investigación, monitorización y presencia de las variables de discapacidad en los estudios en materia de suicidio y salud mental, así como la evaluación, puesta en común y aplicación de mejores prácticas preventivas en este ámbito.
- Tener en cuenta el enfoque de género, en el análisis y aplicación de medidas preventivas, considerando la diferente orientación hacia el comportamiento

suicida entre hombres y mujeres, aspecto que aplica en el ámbito de las personas con discapacidad, donde las mujeres y niñas afrontan una situación aún más vulnerable.

12. Reflexiones a tener en cuenta respecto al suicidio de las mujeres y niñas con discapacidad

Como apuntan los datos disponibles, en población general se da un patrón de comportamiento diferente en cuanto al suicidio entre sexos: mientras que tres de cada cuatro suicidios consumados corresponden a hombres, mientras los intentos de suicidio son tres veces mayores entre las mujeres. Se trata de un patrón de comportamiento diferente, se han recogido distintas condiciones, sobre todo de tipo sociocultural, por lo que se refiere a la configuración de los roles de género, y contextual, como explicativos de estas diferencias.

La discriminación a la que se enfrentan las mujeres y niñas con discapacidad es múltiple/interseccional, por su condición de género combinada con su condición de persona con discapacidad. Como se ha apuntado en apartados previos, estas circunstancias se van asociadas a una menor participación social e inclusión comunitaria en distintos ámbitos (trabajo, ocio...), lo que conlleva mayor probabilidad de aislamiento y soledad, sobre todo en edades avanzadas. Los estándares culturales de normatividad idealizada recaen con sus exigencias con mayor fuerza sobre las mujeres y de manera específica entre aquellas con discapacidad, lo que incide en la desvalorización de su (auto)imagen, autoestima, entre otros aspectos. Las mujeres y niñas con discapacidad se encuentran con mayor probabilidad de experimentar violencia de género, un factor añadido en relación con la conducta suicida.

En contrapartida, las mujeres con discapacidad parecen tener una mayor predisposición a la comunicación y petición de ayuda en comparación con los varones. Se trata de un factor protector a potenciar. El apartado 9.4 incluye una relación de recomendaciones orientadas a la prevención tomando en cuenta la situación específica de las mujeres y niñas con discapacidad.

13. Referencias

- Acosta Artiles, F.J. (2003). *Estudio prospectivo de las variables psicopatológicas asociadas a tentativas de suicidio en pacientes esquizofrénicos*. Tesis de doctorado Universidad de la Laguna.
- Alejo, E. G. *et al.* (2007). "Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia". *Universitas Psychologica*, 6(3), pp. 623-636.
- Al-Halabi, S. (23 abril, 2021). Impacto de la COVID-19 en las tasas de suicidio: una oportunidad para la prevención". Recuperado de https://www.infocop.es/view_article.asp?id=17018
- Alvárez Ramírez, G. (2012). "Igualdad y no discriminación". En CERMI. *La transversalidad de género en las políticas públicas de discapacidad. Manual, Volumen I*. Madrid: Editorial Cinca (capítulo 1, pp. 27-61). Disponible en <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3906/La%20transversalidad%20de%20g%c3%a9nero.pdf?sequence=1&rd=0031426763235057> (última visita 13/07/2021)
- Amaya Arias, A.C. *et al.* (2013). "Variables asociadas a riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico atendidos por consulta externa en un hospital de Bogotá", *Revista Colombiana de Anestesiología*, 41(4), pp. 267-273. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2013.06.007>
- Anseán, A (2014). "Suicidios: las muertes invisibles. Propuesta para una estrategia de prevención del suicidio en el Sistema Nacional de Salud" en Anseán, A. (dir.). *Suicidios. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida*. Ed. Fundación Salud Mental España.
- Arab, E y Díaz, A. (2015). "Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos". *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), pp. 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2014.12.001>. (última visita 22-03-2021)
- Arias López, H.A. (2012). "Factores de éxito en programas de prevención del suicidio". *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 3(2), pp. 215-225.
- Artieda, P. (2017). *Características sociodemográficas, clínicas y psicométricas de una población de individuos que intentan el suicidio*. Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid.
- Ayuso-Mateos, J.L. *et al.* (2012). "Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), pp. 8-23.

- Barroso Martínez, A.A. (2019). “Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 39(135), pp 51-66 doi: 10.4321/S0211-57352019000100004
- Bedoya, E., y Montaña, L. (2016). “Suicidio y Trastorno Mental”. *Rev. CES Psicol.*, 9(2), pp. 179-201. Disponible en https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17226/1/2016_suicidio_trastorno_mental.pdf (última visita 23-03-2021)
- Berardelli, I. *et al.* (2019). “Suicidal ideation, perceived disability, hopelessness and affective temperaments in patients affected by Parkinson's disease”. *International journal of clinical practice*, 73(3), e13287. Disponible en https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijcp.13287?casa_token=APhXoj2T5zMAAAA%3ADZRH7Nelxx5x41y0geUt_CJ89iSOJmRNkZFCikkUohnLI9EZvgRvISyKm46Tn2VjNsl4MMylA6RV8c (última visita 24/06/2021)
- Bertolote, J. M. *et al.* (2004). “Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence”. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25(4), pp. 147–155. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.4.147>
- Bomyea, J. *et al.* (2015). “Ideación suicida y factores de riesgo de suicidio en pacientes de atención primaria con trastornos de ansiedad”. *RET, Revista de Toxicomanías*, 74, pp. 13-21.
- Brady, J. (2006). “The association between alcohol misuse and suicidal behaviour”. *Alcohol and Alcoholism*, 41(5), pp. 473-478.
- Burcu, E. (2007). “Disability and Youth Suicide: A Focus Group Study of Disabled University Students”. *Review of Disability Studies: An International Journal*. 3 (1)y 2). Disponible en <https://scholarspace.manoa.hawaii.edu/bitstream/10125/58305/1/926.pdf>
- Cassidy, S. *et al.* (2016). “Ideación suicida e intentos o planes de suicidio en adultos con Síndrome de Asperger, asistiendo a una clínica especializada en el diagnóstico. Estudio de una cohorte clínica”. *RET, Revista de Toxicomanías*, 77, pp. 16-24. Disponible en https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/ret_77_suicidio_sindrome_asperger.pdf (última visita 24/06/2021)
- Castellví-Obiols, P. y Piqueras Rodríguez, J.A. (2019). “El suicidio en la adolescencia: un problema de salud pública que se puede y se debe prevenir”. *Revista de Estudios de Juventud* 121, pp. 45-59. Disponible en http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/3.el_suicidio_en_la_ad

- [olescencia un problema de salud publica que se puede y debe prevenir.pdf](#) (última visita 25/06/2021)
- Ceballos, Á. *et al.* (27 noviembre, 2020). *Consecuencias de la soledad en las personas mayores por el covid-19*. Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/consecuencias-de-la-soledad-en-las-personas-mayores-por-el-covid-19/>
- Cisneros, C. (2005). "Depresión, suicidio y esquizofrenia". *Avances en Psiquiatría Biológica*, 6, pp 118-125.
- Comisión Europea (2005). *Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Bruselas. Disponible en https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf (última visita 29-03-2021)
- Confederación Autismo España (2020). *Bienestar emocional en el trastorno del espectro del autismo: infancia y adolescencia*. Madrid, Confederación Autismo España. Disponible en <https://www.siiis.net/documentos/ficha/551627.pdf> (última visita 24/06/2021).
- Consedine, N.S. *et al.* (2005). "Sex and age cohort differences in patterns of socioemotional functioning in older adults and their links to physical resilience". *Ageing Int.* 30, pp. 209–244 <https://doi.org/10.1007/s12126-005-1013-z>
- Corpas Nogales, J.M. (2011). "Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias". *Gazeta de Antropología*, 27(2), artículo 33. Disponible en <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1456> (última visita 22-03-2021)
- Cortés, M.R.; Cantón, J. y Cantón-Cortés, D. (2011). "Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas". *Gaceta Sanitaria*, 25(2), pp. 157-165. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.10.009>.
- Cotton, S. *et al.* (2006). "Religion/spirituality and the adolescent health outcomes: a review". *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 38(4), pp. 472-480.
- Courtenay, W. H. (2003). "Key Determinants of the Health and the Well-Being of Men and Boys". *International Journal of Men's Health*, 2 (1), pp. 1-27. Disponible en <http://www.postpartummen.com/pdfs/KEY-DTR.pdf> (última visita 12/07/2021)
- Cross, E.J. *et al.* (2012). "Virtual Violence II: Progress and Challenges in the Fight against Cyberbullying". *Beatbullying: Londres*. Disponible en

<https://www.cybersmile.org/wp-content/uploads/Virtual-Violence-IBeatBullying.pdf> (última visita 26-03-2021).

De Bedout Hoyos, A. (2008). “Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico”, *International Journal of Psychological Research*, 1(2), pp. 53-63. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023508007.pdf> (última visita 17 diciembre 2021)

Defensor del Pueblo (2000). *Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2000*. Madrid: Defensor del Pueblo; Disponible en www.defensordelpueblo.es/es/Documentacion/Publicaciones/monografico/Documentacion/Informe_violencia_escolar_ESO.pdf (última visita 26-03-2021).

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2019). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019*. Madrid: Ministerio de Igualdad.

Dempsey, L. E. *et al.* (2012). “Self-perceived burden as a mediator of depression symptoms amongst individuals living with a movement disorder”. *Journal of Clinical Psychology*, 68(10), pp.1149–1160. <https://doi.org/10.1002/jclp.21901>

Díez, J. y Morenos, M. (2015). *La soledad en España*. Madrid: Fundación Once, Fundación AXA. Disponible en https://www.fundaciononce.es/sites/default/files/soledad_en_espana.pdf (última visita 25-03-2021)

Disability Rights Advocates (2001). *Forgotten Crimes: The Holocaust and People with Disabilities*. Disponible en: https://www.canonsociaalwerk.eu/1943_apeldoorn/forgotten_crimes.pdf (última visita 26-03-2021).

Dreer, L. E. *et al.* (2018). “Suicide and traumatic brain injury: a review by clinical researchers from the National Institute for Disability and Independent Living Rehabilitation Research (NIDILRR) and Veterans Health Administration Traumatic Brain Injury Model Systems”. *Current opinion in psychology*, 22, pp. 73–78. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.08.030>

Dumon, E. yPortzky, G. (2014). *Directrices generales para la prevención del suicidio. European Regions Enforcing Actions Against Suicide (Euregenas)*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/directrices-generales-prevencion-del-suicidio/>

Durkheim, É. [1897](1989). *El suicidio*. Madrid: Ed. Akal.

Fässberg, M.M., Cheung, G., Canetto, S.S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J.J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P. y Wærn, M.. (2015). “A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour

- among older adults”. *Aging Ment Health*.20(2), pp. 166-194. doi: 10.1080/13607863.2015.1083945.
- Eurostat (2020). Causes of death — standardised death rate, 2017 (per 100 000 inhabitants) Health20. Disponible en: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate_2017_\(per_100_000_inhabitants\)_Health20.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate_2017_(per_100_000_inhabitants)_Health20.png) (última visita 25/06/2021).
- Ferraz, L. *et al.* (2013). “Hostility and childhood sexual abuse as predictors of suicidal behaviour in Borderline Personality Disorder”. *Psychiatry research*, 210(3), pp. 980-985.
- Fishbain, D.A. *et al.* (2012). “Exploration of the Relationship Between Disability Perception, Preference for Death over Disability, and Suicidality in Patients with Acute and Chronic Pain”, *Pain Medicine*, 13(4), pp. 552-561 <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01358.x> Disponible en <https://academic.oup.com/painmedicine/article/13/4/552/1873062> (última visita 24/06/2021)
- Fishbain, D. A. *et al.* (2016). “The Perception of Being a Burden in Acute and Chronic Pain Patients Is Associated with Affirmation of Different Types of Suicidality”. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 17(3), pp. 530–538. <https://doi.org/10.1111/pme.12889>
- Fishbain, D.A. *et al.* (1991). “Completed suicide in chronic pain”. *The Clinical Journal of Pain*. Mar;7(1), pp. 29-36. [10.1097/00002508-199103000-00006](https://doi.org/10.1097/00002508-199103000-00006)
- Fountoulakis, K. *et al.* (2013). “Suicide, recession, and unemployment”. *The Lancet*, 381(9868), 721-722. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60573-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60573-5)
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2020). Suicidios en España 2018. Disponible en <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/> (última visita 25/06/2021)
- Fundación Española para la Prevención del Suicidio (2021). Suicidios en España 2019. Disponible en <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2019/> (última visita 25/06/2021)
- Gabilondo, A. (2020). “Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España. Informe SESPAS 2020”. *Gaceta Sanitaria*, Vol.34(1), pp. 27-33 <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.010>.
- García de la Cruz, J.J (2008). “La inevitable estigmatización de las personas con discapacidad”. En Ledesma, J.A. *La imagen social de las personas con discapacidad*. (pp.65-88). Madrid: Ed. Cinca y CERMI.

- García-Alandete, J. *et al.* (2009). "Sentido de la Vida y Desesperanza: Un Estudio Empírico". *Universitas Psychologica*, 8(2), pp. 447-454. Disponible en <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/218> (última visita 23-03-2021)
- Gené-Badía, J. *et al.* (2016). "Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria". *Atención Primaria*, 48(9), pp. 604-609.
- Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública (2017). *Vivir es la salida. Plan de Prevención del suicidio y manejo de la conducta suicida*. Disponible en http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf (última visita 30-03-2021)
- Gil, A. (2020). "Depresión y suicidio: una prioridad de salud". En Navío, M. y Pérez, V. *Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental*. Ed. WeCare-u: Madrid. (pp. 19-22). Disponible en <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Depresion-suicidio-2020.pdf> (última visita 30-03-2021)
- Giner Jiménez, L. (2015). *Diferencias en la conducta suicida. Estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado*. Tesis de doctorado Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/5657/35431_giner_jimenez_lucas.pdf?sequence=1&isAllowed=y (última visita 17 diciembre 2021)
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2020). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. Consellería de Sanidad: 2012, revisada en 2020. Recuperado de: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/gpc-conducta-suicida/> (última visita 17-12-2021)
- Guibert Reyes, W. (2002). Epidemiología de la conducta suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), pp. 139-142. Recuperado en 18 de marzo de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200007&lng=es&tlng=es.
- Guija, J.A. *et al.* (2012). "Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida". *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), pp. 161-171. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.001>.

- Harris, E.C. y Barraclough, B. (1997). "Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis". *Br J Psychiatry*, Mar;170, pp. 205-228. DOI: [10.1192/bjp.170.3.205](https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205)
- Hegerl, U. y Schäfer, R. (2007): "From the Nuremberg Alliance Against Depression to a European network (EAAD)--extending community-based awareness-campaigns on national and European level]". *Psychiatr Prax*, 34 (3), pp. 261-265. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/5987890_The_'European_Alliance_Against_Depression_EAAD'_A_multifaceted_community-based_action_programme_against_depression_and_suicidality (última visita 29-03-2021).
- Hernández, P.A. y Villareal, R.E. (2015). "Algunas especificidades en torno a la conducta suicida". *Medisan, Revista Médica de Santiago de Cuba*, 19(8), pp. 1051-1058. Disponible en <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/412> (última visita 23-03-2021).
- Hiroeh, U. *et al.* (2001). "Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study". *The Lancet*, Dec 22-29, 358(9299), pp. 2110-2112 DOI: [10.1016/S0140-6736\(01\)07216-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)07216-6)
- Huerta Ramírez, R. (2015). *Conducta suicida en la población general adulta española: un estudio epidemiológico*. Tesis de doctorado. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/664923/huerta_ramirez_raul.pdf?sequence=1&isAllowed=y (última visita 20-03-2021).
- Ibáñez, P. y Mudarra, M.J. (2004). "Relaciones sociales de personas con discapacidad, en el Ocio y Tiempo Libre", *Revista Española de Pedagogía*, 229, pp. 521-540.
- INE (2021) "Defunciones por suicidio". Estadística de defunciones según la causa de muerte. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175#!tabs-1254736194710 (Última visita 08/07/2021).
- Instituto Nacional de Tecnologías de la Comunicación (INTECO) (2009). *Estudio sobre hábitos seguros en el uso de las TIC por niños y adolescentes y e-confianza de sus padres*. Disponible en https://www.pantallasamigas.net/wp-content/uploads/2018/05/estudio_habitos_seguros_menores_y_econfianza_padres_versionfinal_accesible.pdf (última visita 26-03-2021)

- Jiménez Lara, A. (2007). "Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes". En Lorenzo, R. y Pérez Bueno, L.C. (Dir.), *Tratado sobre Discapacidad* (pp. 177-207), Cizur Menor: Aranzadi.
- Khazem L. R. (2018). "Physical disability and suicide: recent advancements in understanding and future directions for consideration". *Current opinion in psychology*, 22, 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.07.018>
- Khazem, L.R. *et al.* (2015). "Physical Disability and the Interpersonal Theory of Suicide". *Death Studies*, 39(10), 641–646 doi: 10.1080/07481187.2015.104706. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/278731550_Physical_Disability_and_the_Interpersonal_Theory_of_Suicide (última visita 24/06/2021)
- Kjelsberg, E. *et al.* (1994). "Suicide in adolescent psychiatric inpatients: incidence and predictive factors". *Acta Psychiatr Scand.* 89(4), pp. 235-241. DOI: [10.1111/j.1600-0447.1994.tb01507.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb01507.x)
- Kölves, K. *et al.* (2013). "Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review". *Journal Affect Disord.* Mar 20;146(1), pp.1-14. DOI: [10.1016/j.jad.2012.07.037](https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.037)
- Larraguibel, Q. M. *et al.* (2000): "Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes". *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. 2000 Mayo [citado 2021 Mar 21]; 71(3), pp.183-191. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000300002&lng=es <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062000000300002> (última visita 21-0-2021)
- Lee, S. U. *et al.* (2017). "Impact of disability status on suicide risks in South Korea: Analysis of National Health Insurance cohort data from 2003 to 2013". *Disability and Health Journal*, 10(1), pp. 123-130. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.06.008>
- Legarreta, M. *et al.* (2018). "Suicide Behavior and Chronic Pain: An Exploration of Pain-Related Catastrophic Thinking, Disability, and Descriptions of the Pain Experience". *The Journal of nervous and mental disease*, 206(3), pp. 217–222. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000799>
- Lewis, V. M. *et al.* (2017). "Disability, depression and suicide ideation in people with multiple sclerosis". *Journal of affective disorders*, 208, pp. 662–669. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.038>
- Lobato, S. (2019). *El acoso y el ciberacoso escolar en alumnado con discapacidad*. Madrid: Fundación ONCE. Disponible en:

- <https://www.cedd.net/es/documentacion/catalogo/Record/542777> (última visita, 21 de diciembre de 2021)
- Martínez, L. (2019). *Efectos del aislamiento y la soledad en la salud de las personas durante el envejecimiento e intervenciones por parte del equipo sanitario*. Trabajo de fin de grado en Enfermería 2015-2019. Universidad de Cantabria.
- Mejía, M. *et al.* . (2011). “Factores de riesgo y contexto del suicidio”, *Memoriza*, 8, pp. 15-25. Disponible en https://www.memoriza.com/wp-content/uploads/revista/2014/eqz_2014_11_1-9.pdf (última visita 22-03-2021)
- Mejías-Martí, Y. *et al.* (2019). “Factors Associated with Suicide Attempts and Suicides in The General Population of Andalusia (Spain). *International journal of environmental research and public health*, 16 (22), 4496.
- Ministerio de Sanidad (2020). *Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación. Manual de apoyo para sus profesionales*. Disponible en <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Documents/2020/170720-Manual.pdf> (última visita 19-04-2021).
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). Guía Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida.
- Moses T. (2018). “Suicide Attempts Among Adolescents with Self-Reported Disabilities”. *Child Psychiatry Hum Dev*,;49(3), pp. 420-433. doi: 10.1007/s10578-017-0761-9
- Nagraj, D. (2015). “Disability and suicide” (H. A. Omar, Ed.). En Omar, H.A (Ed.). *Youth suicide prevention: Everybody’s business* (pp. 85–95). Novinka/Nova Science Publishers
- Navarro Gómez, N. (2020). “El abordaje del suicidio: revisión de las estrategias autonómicas para su intervención”. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 94, pp. 1-8.
- Navío, M. y Pérez, V. (2020). *Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental*. Ed. WeCare-u: Madrid. Disponible en <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Depresion-suicidio-2020.pdf> (última visita 30-03-2021)
- Nocito, G. (2017). “Investigaciones sobre el acoso escolar en España: implicaciones psicoeducativas”, *REOP*, 28(1), pp. 104-118. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3382/338252055008.pdf> (última visita 17-12-2021)
- Olmo, A. y García, D. (2014). “El tratamiento de las noticias sobre suicidios. Una aproximación a su reflejo en los medios de comunicación”. *Estudios sobre el*

- Mensaje Periodístico*, 20(2), pp. 1149-1163. Disponible en <https://revistas.ucm.es/index.php/ESMP/article/view/47056/44127> (última visita 22-03-2021)
- Olweus, D. (1991). "Victimization among school children". *Advances in psychology*, 76, pp. 45-102.
- Olweus, D. (1980). "Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis". *Developmental Psychology*, 16(6), pp. 644–660. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.16.6.644>
- OMS (2016). *Preventing suicide. A community engagement toolkit* Disponible en <https://www.siiis.net/documentos/ficha/523164.pdf> (última visita 24-03-2021)
- OMS (2014). Prevención del suicidio. OMS. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC. Recuperado de: <http://recs.es/wp-content/uploads/2017/05/prevencion-suicidio-oms.pdf> (última visita, 24-03-2021)
- OMS Europa (2008). *Pacto europeo para la salud mental y el bienestar*. Conferencia de alto nivel de la UE. Juntos por la Salud Mental y el Bienestar. 12-13 junio 2008, Bruselas.
- OMS-Europa (2002). *Suicide Prevention in Europe The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107452/E77922.pdf;jsessionid=98C3E96AEEBEA4E77C972F1DCE0CE15A?sequence=1> (última visita 29-03-2021)
- Onyeka, I. N. *et al.* (2020). "Does physical ill-health increase the risk of suicide? A census-based follow-up study of over 1 million people". *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e140. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000529>. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7372180/> (última visita 24/06/2021)
- Oñate Cantero, A. y Piñuel y Zabala, I. (2007). Informe Cisneros X. Acoso y violencia escolar en España. Disponible en https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSe/c/acoso-escolar_cisneros.pdf
- Pacheco Tabuenca, T. (2021). "Conducta suicida: evaluación e intervención". Centro de Humanización de la Salud, Religiosos Camilos.
- Pacheco Tabuenca, T. (2015). *Factores predictores de la conducta suicida y actuaciones en el ámbito extrahospitalario*. Tesis de doctorado. Universidad Complutense de Madrid.

- Palacio, A.F. (2010). “La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días”. *Affectio societatis*, 12, pp. 1-12.
- Palacios, A. y Bariffi, F. (2007): La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Ediciones Cinca, Madrid. Recuperado de: <http://www.telefonica.es/accesible/pdf/discapacidad.pdf>
- Payne, S. *et al.* (2008). “The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature”. *Journal of Men’s Health*, 5(1), pp. 23-35 <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2007.11.002>.
- Pérez Gálvez, B. (2014a). “Prevención e intervención de la conducta suicida en personas consumidoras de alcohol”. En Anseán, A. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. (pp. 613-630). Fundación Salud Mental España.
- Pérez Gálvez, B. (2014b). “Prevención e intervención de la conducta suicida en personas con adicciones a sustancias”. En Anseán, A. *Suicidios: manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida*. (pp. 597-610). Fundación Salud Mental España.
- Petit, A. *et al.* (2012). « Addiction à la cocaïne : un facteur de risque de suicide ? ». *La Presse Médicale*, 41(7-8), pp 702-712 <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2011.12.006>
- Pinel, M. *et al.* (2010). Un instrumento de medición de soledad social: escala ESTE II. Universidad de Granada.
- Pirkis, J. (2009). “Suicide and the media”, *Psychiatry*, 8(7), pp. 269-271. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.04.009>.
- Pirkis, J. *et al.* (2021). “Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries”. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2). (última visita 24/06/2021).
- Rigby, K. y Slee, P.T. (1991). “Bullying among Australian school children: Reported behaviour and attitudes toward victims”. *The Journal of social psychology*, 131(5), pp. 615-627.
- Romero, M. A. y Gonnet, J.P. (2013). “Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio”. *Revista mexicana de sociología*, 75(4), pp. 589-616. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032013000400003&lng=es&tlng=es. (última visita 21-03-2021)
- Rosado Millán, M.J. *et al.* (2014). “El suicidio masculino: una cuestión de género”. *Prisma Social*, 13, pp. 433-491. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3537/353744532013.pdf> (última visita 08/07/2021)

- Rubio, R. (2001). La soledad en los mayores. Una alternativa de medición a través de la escala Este”. Universidad de Granada.
- Ruíz, Romero, J. (2005). “La discapacidad como estigma: un análisis psicosocial del afrontamiento del desempleo de las personas con discapacidad física”, *Revista REDSI - Red social Interactiva*. Disponible en <https://sid.usal.es/idocs/F8/ART6925/desempleofisicos.pdf>
- Russell, D. *et al.* (2009). “Physical disability and suicidal ideation: a community-based study of risk/protective factors for suicidal thoughts”. *Suicide & life-threatening behavior*, 39 (4), pp. 440-51.
- Sánchez-Teruel, D. *et al.* (2018). “Variables de riesgo y protección relacionadas con la tentativa de suicidio”, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23, pp. 221-229. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/David-Sanchez-Teruel/publication/330917438_Variables_de_riesgo_y_proteccion_relacionadas_con_la_tentativa_de_suicidio/links/5c72a52d458515831f6cb54c/Variables-de-riesgo-y-proteccion-relacionadas-con-la-tentativa-de-suicidio.pdf (última visita 19-04-2021)
- Sancho, B. (5 abril, 2019). Suicidio, conspiración de silencio. Recuperado de <http://semanal.cermi.es/noticia/reportaje-suicidio-conspiracion-de-silencio.aspx>
- Serrano Pereira, M.G. y Flores Galaz, M.M. (2005). “Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida en adolescentes”. *Revista Psicología y Salud*, 15 (2), pp. 221-230.
- Sher, L. (2006). “Alcohol consumption and suicide”. *QJM*, 99(1), pp. 57-61. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hci146>
- Smith, E. *et al.* (2019). Autistica Action Briefing: Suicide Prevention” Disponible en <https://nspa.org.uk/wp-content/uploads/2021/04/Autistica-Action-Briefing-Suicide-Prevention.pdf> (última visita 24/06/2021)
- Svetaz, M.V. *et al.* (2000). “Adolescents with learning disabilities: risk and protective factors associated with emotional well-being: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health”. *J Adolesc Health*; 27(5), pp. 340-8. DOI: [10.1016/s1054-139x\(00\)00170-1](https://doi.org/10.1016/s1054-139x(00)00170-1)
- Toboso Martín, M. (2017). “Capacitismo”. En. Lucas Platero, M.R y Ortega, E. (eds.): *Barbarismos queer y otras esdrújulas*. Barcelona. Ed. Bellaterra. (pp. 73- 81)
- Tomicic, A. *et al.* (2016). “Suicide in lesbian, gay, bisexual and trans populations: systematic review of a decade of research (2004-2014)”. *Revista médica de Chile*, 144(6), pp. 723-733. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>

- Vázquez-Lima, M.J. *et al.* (2012). “Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias”, *Emergencias*, 24, 121-125. Disponible en https://www.researchgate.net/profile/Tato-Vazquez/publication/288762239_Epidemiology_of_suicide_attempts_in_a_public_health_care_area_The_perspective_of_an_emergency_medical_service/links/57c5e10508ae6db2cc76a67c/Epidemiology-of-suicide-attempts-in-a-public-health-care-area-The-perspective-of-an-emergency-medical-service.pdf (última visita 19-04-2021)
- Velarde-Mayol, C. *et al.* (2015). “Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola”. *Medicina de Familia, SEMERGEN*, 42(3), pp. 177-183. Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-validacion-escala-soledad-ucla-perfil-S1138359315001896> (última visita 13/07/2021).
- Vidal, F. y Halty, A. (2020). “La soledad del siglo XXI” En Blanco, A.; Chueca, A.; López-Ruiz, J.A y Mora, S.. *Informe España 2020*. Universidad Pontificia Comillas Cátedra J.M. Martín Patino: Salamanca. (pp. 91-167). Disponible en <https://blogs.comillas.edu/informe-espana/wp-content/uploads/sites/93/2020/10/Informe-Espana-2020-Parte-Segunda-1.pdf> (última visita 26-03-2021)
- Vieira, K.F. *et al.* (2010). “Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos”. *Psyco*, 42(2), pp. 176-183.
- Villa, E. (2020). “El suicidio (la muerte voluntaria). La prevención del suicidio”. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 17(1), pp. 82-123.
- Wasserman, I.M. (1984). “Imitation and Suicide: A Reexamination of the Werther Effect”, *American Sociological Review*, 49(3), pp. 427-436.
- Wehmeyer, M.L. *et al.* (2008). “El constructo de discapacidad intelectual y su relación con el funcionamiento humano”. *Siglo Cero*. 39(3), pp. 5-18. Disponible en <http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/3803/EI%20constructo%20de%20discapacidad.pdf?sequence=1&rd=003170767011445> (última visita 25-03-2021).
- Wilcox, H.C. *et al.* (2004). “Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies”. *Drug Alcohol Depend.* 2004 Dec 7;76 Suppl:S11-9 DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08.003)
- Wilson, K.G. *et al.* (2017). “Self-perceived burden, perceived budensomeness, and suicidal ideation in patients with chronic pain”. *Canadian Journal of Pain*, 1(1),

pp. 127-136 doi 10.1080/24740527.2017.1368009 Disponible en <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24740527.2017.1368009> (última visita 24/06/2021)

Yárnoz, S. (2008). "Adaptación al castellano de la escala para la evaluación de la soledad social y emocional en adultos SESLA-S". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), pp.103-116. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56080109> (última visita 25-03-2021)

14. Anexo. Guion temático de entrevista: interlocutores clave

Se presenta el guion temático aplicado en las entrevistas abiertas, semiestructuradas, con informantes clave. Este guion se adaptó a cada interlocutor de acuerdo a su ámbito de experiencia.

Una vez presentado el estudio, arranque de la entrevista:

- Presentación de informantes clave/entidad. Responsabilidad, trayectoria y relación con el tema. Actividad de su identidad en la prevención del suicidio-discapacidad.
- Suicidio y discapacidad. Desde esta experiencia, ¿Por dónde quiere empezar?

Cuestiones a abordar, en función del ámbito/experiencia de la persona entrevistada y sus prioridades:

El suicidio de las personas con discapacidad: **Situaciones y factores de riesgo** (¿aspectos comunes y específicos respecto a la población general? ¿Cuáles?)

- Soledad forzosa
- Acoso escolar
- Otras situaciones (contexto covid-19)
- Diferencias por perfiles: discapacidad congénita/sobvenida: Aspectos adaptativos a la discapacidad sobvenida (pérdida funcional, posible dolor crónico, etc.)

Variables **sociodemográficas**:

- **Género y discapacidad**

Los suicidios consumados se dan más en hombres que en mujeres, mientras la proporción de tentativas entre mujeres es mayor ¿Por qué cree que se produce esta situación, estas diferencias por sexo? ¿Cree que estos factores de riesgo actúan de manera diferente según sexo? ¿Cómo aplicar perspectiva de género en comprensión y prevención del suicidio?

- **Las distintas edades**

- Infancia y juventud con discapacidad (primera causa de muerte en jóvenes. ¿Y por sexo en esta edad?
- A edades intermedias, entre los 45 y los 59 años se dan las mayores tasas de suicidios en la población en España, que ascienden a edades mayores. ¿cuáles cree que son las causas de esta situación?

- Habitat rural/urbano, diferencias entre territorios, factores culturales...

Factores de protección.

Situación actual en materia de prevención del suicidio (y en concreto en discapacidad) en España... Y comunidades autónomas...

- **Buenas prácticas** en prevención.

Hacia una respuesta integral de **prevención** del suicidio en discapacidad: **propuestas**.

- Desde perspectiva de género...

Otras cuestiones que desee añadir.