



Suicidio y Trabajo Social

Suicide and Social Work

José Luis Sarasola Sánchez-Serrano

Universidad Pablo de Olavide

jsarsan@upo.es

M^a Del Mar Mora Cárdenas

mdm_coria@hotmail.com

Ana Vallejo Andrada

ana-va-94@hotmail.com

RESUMEN.

El objetivo del presente artículo consiste en ofrecer una aproximación sobre el suicidio, para ello nos centramos en el análisis de cuáles serían los posibles factores de riesgo y en las estadísticas de fallecimientos cuya casuística sea el suicidio.

Se contemplará de qué forma se están llevando a cabo las acciones preventivas respecto a la conducta suicida.

Finalmente, trataremos las intervenciones que se producen desde el Trabajo Social con personas con tentativas suicidas y para el afrontamiento del proceso del duelo por suicidio, ya que al ser muerte inesperada la angustia por la pérdida es más aguda y traumática.

PALABRAS CLAVE.

Suicidio, Factores, Prevención, Trabajo Social, Duelo.

ABSTRACT.

The aim of this article is to offer an approach to suicide, therefore we focus on the analysis of what would be possible risk factors and statistics of deaths which casuistry is suicide.

It will consider how being carried out preventive actions regarding suicidal behavior.

Finally, we try the interventions that occur from social work with people with suicide attempts and for coping with suicide grief process as being untimely death anguish at the loss is more acute and traumatic.

KEY WORDS.

Suicide, Factors, Prevention, Social Work, Duel.



1. Introducción.

El suicidio es una de las tres principales causas de muerte entre las personas comprendidas entre 15 y 34 años y la primera causa de muerte violenta, aunque la mayoría de los casos se dan en personas de más de 60 años. La enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre jóvenes y adultos (OMS, 2002)¹.

La OMS estima que para el año 2020, basándose en la tendencia actual, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio en ese año. Esto representa un promedio de una muerte cada 20 segundos y un intento cada 1-2 segundos si tenemos en cuenta que por cada suicidio cometido con éxito, se llevan a cabo otros 20 que no fructifican pero que terminan con graves lesiones, con hospitalizaciones y graves secuelas emocionales, tanto para el suicida como para su familia y amigos (Berlote, 2002:6).

En 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE (Suicide Prevention- Prevención del Suicidio); una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Poniendo en marcha la creación de instrumentos dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos, particularmente relevantes en la prevención del suicidio, incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores, oficiales de la ley, familias y comunidades. (OMS, 2001:4)

A nivel mundial, según lo estipulado por la OMS, (2012)², de forma anual se produce el suicidio de aproximadamente un millón de personas, lo que trae consigo una tasa de mortalidad "global" de 16 por 100 000, o un fallecimiento cada 40 segundos. En los últimos 45 años las tasas de suicidio se han elevado en un 60% a nivel mundial. El suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998, y se prevé que en 2020 representará el 2,4% en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas.

Los trastornos mentales en especial la depresión y los ocasionados por el consumo de alcohol, son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte; en los países asiáticos, en cambio, posee gran relevancia la conducta impulsiva.

El acoso en los centros educativos ha sido relacionado con la ideación y conducta suicidas y con altos niveles de malestar emocional, la noticia publicada por el periódico El País³ evidencia estos hechos, donde se cuenta el caso de Carla una chica de 14 años la cual se suicida tras sufrir el hostigamiento continuado por parte de sus compañeras del colegio, cuyo profesionales de dicho centro educativo eran conocedores de ello pero no tomaron medidas, ya que sostenían que eran "cosas de crías".

Un estudio descriptivo que se realizó a estudiantes de 17 universidades de Colombia determinó que hay un aspecto que diferencia a los estudiantes con tentativa suicida y los que no, la valoración que unos y otros le otorgan a la significación de su desempeño académico (Brunal, Carmona y Gaviriahincapié, 2014:11).

Desde el Trabajo Social junto con otras disciplinas se debe incidir en la necesidad de llevar a cabo medidas preventivas para disminuir las tasas de mortalidad por causa de suicidio, y a su vez trabajar en la superación del proceso del duelo.



2. Factores de riesgo.

Poder identificar los factores que acrecientan o reducen el nivel de riesgo suicida es bastante importante puesto que guarda relación con dicha conducta. El nivel de riesgo aumenta de forma proporcional según el número de factores presentes. Existen diversos factores que aumentan el riesgo de suicidio (VV.AA, 2012: 57-65):

Factores de riesgo individuales.

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

Factores de riesgo: familiares y contextuales.

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

Otros factores de riesgo.

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





¿Podemos considerar qué las emociones pueden incidir en la conducta suicida? Se puede observar que las emociones pueden llegar a incidir en la conducta suicida, un ejemplo de ello, la vergüenza, la cual puede tener una potencia impresionante capaz de llevar a la gente al suicidio si no hubiésemos estado nunca presos de esa emoción. Alguien que nunca haya sentido vergüenza podría estar tentado de explicar el suicidio por las sanciones materiales que se imponen sobre la persona, más que por el sentimiento subjetivo de dolor e indignidad inducido por las sanciones, a unas personas más que a otras les afecta lo que los demás piensen sobre él (Elster, 2001: 23).

3. Prevención de la conducta suicida.

El suicidio es la primera causa externa de mortalidad, según el INE, en 2013 fallecieron por suicidio 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres), situándose de nuevo como la principal causa externa de muerte. Como ya se ha comentado, esta cifra no es comparable con la de años anteriores debido a la mejora metodológica introducida. La tasa de suicidio se situó en 8,3 fallecidos por cada 100.000 personas (12,7 en los hombres y 4,1 en las mujeres)⁴.

Es necesario llevar a cabo medidas concretas y campañas de sensibilización que estén enfocadas a reducir la prevalencia del suicidio. En gran medida el sufrimiento interno, la carencia de recursos y la desesperanza ante el futuro son motivos de tentativa suicida y de suicidios consumados, contar con redes familiares fuertes y capacidad para asimilar la frustración, ayudan a disminuir el riesgo de suicidio.⁵

Según la OMS la prevención del suicidio⁶ no se enmarca sólo y únicamente en un ámbito de intervención, sino que requiere también la intervención de sectores distintos del de la salud y exige un enfoque innovador, integral y multisectorial, con la participación tanto del sector de la salud como de otros sectores, como por ejemplo los de la educación, el mundo laboral, la policía, la justicia, la religión, el derecho, la política y los medios de comunicación. Por nuestra parte apostamos porque los trabajadores sociales pueden llegar a ser profesionales con formación para abordar esta temática, tanto para intervenir en acciones preventivas detectando advertencias, factores de riesgo y áreas de vulnerabilidad y saber reconocer signos externos que puedan acarrear una muerte por suicidio y en la intervención post-suicidio, ya que son expertos en modelos de intervención en crisis y técnicas de apoyo en duelo.

Es necesario una coordinación entre las diferentes instituciones y que se generen unos conocimientos comunes, para que a través de ellos se trasmita la información adecuada sobre esta temática, lo que traería consigo la cotidianidad del suicidio y que no se viese como algo que no se deba hablar.





La coordinación de la que hablábamos anteriormente puede llegar a convertirse en un mecanismo de prevención, ejemplo de ello sería, si en el ámbito educativo tanto en enseñanzas primarias como secundarias existen evidencias de que menores se encuentran en riesgo de suicidio, bien por mal rendimiento académico o por estar sometido a acoso escolar...si se trasmite esta información a la Unidad de Trabajo Social correspondiente, se podría comenzar a llevar a cabo una intervención conjunta.

Un segundo ejemplo, la necesaria coordinación entre las instituciones sociosanitarias y Servicios Sociales, para la detección precoz de personas hospitalizadas que se encuentren en situación de riesgo de suicidio, como personas mayores, personas que carecen de familia nuclear o extensa, o que cuenten con personas dependientes a cargos...

Como tercer ejemplo dentro de la protección a personas víctimas de violencia de género, existen ocasiones que los procedimientos no son los adecuados, ya que no se llevan a cabo seguimientos de la situación de la persona la cual puede tener pensamientos suicidas por su sufrimiento interno y debido a que no existe comunicación entre las diferentes instituciones que forman parte de la intervención, como juzgados, cuerpos de seguridad del estado, Servicios Sociales Comunitarios, institutos de apoyo a la mujer...

La prevención de las conductas suicidas no debe limitarse en llevar a cabo un abordaje individual, sino que la intervención debe abarcar acciones sobre factores interpersonales, comunitarios y sociales, los resumidos en la tabla 1.

Una buena estrategia de prevención respecto al suicidio precisa ineludiblemente la detección precoz y tratamiento de las personas con un mayor riesgo de conductas suicidas, pero no debemos olvidar la necesidad de implantar otras medidas enfocadas a controlar el acceso a potenciales medios suicidas, fomentar el desarrollo de políticas más efectivas para la reducción del uso de alcohol, ya que este es un factor de riesgo y la adopción de prácticas responsables en la información sobre el suicido desde los medios de comunicación (Suelves J.M, Robert. A, 2012: 140).

En otros países, como EE.UU. la prevención del suicidio⁷ se lleva a cabo de diferentes formas, y una de ellas es incluyéndola en las redes sociales, esta iniciativa puede llegar a ser bastante positiva, puesto que nos encontramos en la sociedad de la información, las nuevas tecnologías adquieren una gran relevancia.

De este modo las personas cuyo medio de comunicación son las redes sociales principalmente pueden verse respaldadas por esta nueva acción, donde Facebook incluye herramientas para la prevención del suicidio, consiste en que una serie de profesionales revisan las publicaciones que reflejen que la persona podría estar pasando un momento difícil y se le da la opción de hablar con amigos como búsqueda de apoyo o se ofrece la posibilidad de conseguir ayuda de expertos cercanos a la zona del usuario.





SOCIEDAD	COMUNIDAD	RELACIONES INTERPERSONALES	INDIVIDUO
<ul style="list-style-type: none"> - Fácil acceso a medios de suicidio. - Acceso insuficiente a los servicios sanitarios. -Estigmatización de la búsqueda de ayuda. -Creencias culturales y religiosas en relación al suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Clusters locales de suicidio -Exposición a conductas suicidas, incluso a través de los medios de comunicación y las TIC. -Barreras para acceder a servicios sanitarios (especialmente tratamiento en salud mental y drogodependencias). 	<ul style="list-style-type: none"> -Aislamiento. -Relaciones familiares disfuncionales. -Pérdidas sociales o relacionales. -Pérdidas de empleo o económica. -Acontecimientos vitales estresantes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Trastornos mentales (estado de ánimo, esquizofrenia, ansiedad y algunos T. de la personalidad). -Trastornos por uso de alcohol y otras drogas -Impulsividad y/o agresividad. -Historia de abuso o trauma. -Enfermedades. -Conductas suicidas previas. -Antecedentes familiares de suicidio.

Tabla 1. Una visión ecológica de la conducta suicida (Suelves J.M, Robert. A).

3. Intervenciones desde el trabajo social para afrontar el proceso de duelo por suicidio.

El duelo podría ser definido como una experiencia normal que cualquier sujeto sufre ante la pérdida dolorosa, por lo que es una tarea que ha de realizarse siempre que existan dichas pérdidas, Arredondo (2013:75) lo define en el Diccionario Práctico del Trabajo Social como: *“Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.”* y como *“Acontecimiento vital estresante que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa, pudiendo provocar síntomas físicos y psicológicos”*. Dentro de los ámbitos de intervención del Trabajo Social nos encontramos con el proceso de duelo, siendo este un tema transversal e interdisciplinario.

Al tratarse de una profesión la cual se ciñe en un trabajo continuado con personas, incluye trabajar también con las pérdidas de las mismas, tanto de carácter material como en relación a su persona en sí. En concreto, es de especial relevancia la intervención de los/las profesionales del Trabajo Social en los procesos de duelo por la pérdida de un ser querido,





puesto que nos encontramos ante una situación en crisis, dicha intervención ha de ser de ámbito individual, grupal y comunitario. (González, 2006:3)
Este proceso de duelo se compone de diversas fases que pese a no ser universales, no existe una gran variación dependiendo de los autores. A continuación las fases serán reflejadas en la tabla II y III de Altet y Boatas, (2000)⁸.

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

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

Tabla 2. Fases del proceso de duelo normal (Bowly.J)

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

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

Tabla 3. Fases del proceso de duelo normal (Porks.C.M)

En la mayoría de los duelos, la primera reacción ante la muerte de un ser querido es la negación de la misma, como consecuencia de la pérdida de un lazo socio afectivo. La cual podríamos ubicarla en la primera fase presente en las tablas I y II denominadas “Shock” o “Aturdimiento”. Pero este suceso suele ser más acusado en los casos en los que la muerte ha sido brusca o inesperada, en los cuales se produce un estrechamiento del campo de conciencia que hace que el sujeto vivencie la muerte como irreal (Enríquez, 2013)⁹, por lo cual las probabilidades de que se produzca un duelo complicado aumentan.

En este tipo de duelos el fallecimiento se aprecia como una interrupción de una vida que aún no debía terminar dado que aún no ha completado su ciclo. Al tratarse de una muerte auto infringida esta búsqueda de sentido a la pérdida es más compleja dado que rompe con uno de los instintos básicos como es el de la supervivencia y suele conllevar: Enfado con la persona fallecida, culpabilidad a la que se le suman las acusaciones sociales, vergüenza y





miedo, y además un duelo por muerte inesperada acarrea el sentimiento de “lo que te puede haber dicho o debía haberte dicho o haber hecho y nunca te dije o hice...”

El usuario puede llegar a sentirse responsable de la muerte del ser querido ya que se cuestiona a sí mismo sobre si pudo o no hacer algo por la persona para evitar la muerte, a esto se le suma la apreciación social de este tipo de actos, al no encontrarse aún normalizado la temática del suicidio en la sociedad, la familia de la persona suicida se sigue estigmatizando por el resto de la población lo que dificulta su expresividad de sentimientos ocasionados tras el suceso, socialmente siempre van a ser percibidos como “La familia del suicida” “La casa del suicida” etc... (Altet y Boatas, 2000)¹⁰.

También puede darse el sentimiento de miedo o temor por acabar siguiendo los pasos de su ser querido o de padecer algún tipo de enfermedad mental que le lleve a consumir este tipo de muerte.

La intervención debe establecerse en dos niveles: un primer nivel de asesoramiento y un posterior nivel de terapia del duelo. Como Trabajadores Sociales a la hora de trabajar con un duelo por suicidio debemos de diferenciar si nos encontramos con el suicidio de uno de los progenitores o ante el suicidio de uno de los hijos.

- **El Duelo por la pérdida de uno de los progenitores:** La reacción de un hijo ante el suicidio de uno de sus progenitores lleva consigo síntomas tanto fisiológicos como psicológicos. En la esfera física los más comunes con la pérdida de apetito y sueño, mientras que en la psicológica los cambios bruscos de comportamiento, las tentativas suicidas las cuales adquieren un carácter de reunión e incluso la visión del padre o madre fallecido.

Ante este hecho el profesional del Trabajo Social debe aconsejar a la familia que exprese lo ocurrido con claridad y con un lenguaje fácilmente comprensible al igual que deben prestarse como soporte emocional para el hijo.

Debemos de tener en cuenta que hablar de la muerte es complejo pero el mejor momento para ello puede ser el de del mismo fallecimiento, en este proceso es imprescindible que el padre/madre superviviente no altere la verdad sobre la causalidad de la muerte ya que el niño acabará descubriéndola y esto puede provocar la aparición de una barrera comunicativa entre ambos que dificultará aún más el proceso de duelo.

El sentimiento dominante suele ser el de culpabilidad por ello en la intervención individual y familiar se deberá trabajar en profundidad para evitar que derive en: declaraciones insistentes y directas de culpabilidad y auto-reproche, depresión, comportamiento provocativo, auto-castigo, conducta obsesiva, pensamientos cargados de culpabilidad y esfuerzos desesperados para defenderse demostrando que es absolutamente bueno, que no hace daño a nadie y que no es malo ni peligroso.

Dada su complejidad estas implicaciones emocionales que sufre el menor en el proceso de duelo deben de ser abordadas desde una perspectiva multidimensional y multidisciplinaria (Enríquez, 2013)¹¹.





- **Duelo paterno filial:**

Este tipo de duelo es uno de los más difíciles de afrontar y por ello está catalogada como una de las peores situaciones en las cuales se puede ver envuelta una persona, dado que en si misma encierra una contradicción al no seguir la lógica natural.

Pone en cuestión la capacidad de protección de los padres a los hijos lo cual genera una culpa aún más acusada que en el resto de los casos.

A esto se le suma la llamada pérdida narcisista, en la cual al morir nuestro hijo muere una parte de nosotros mismos, la continuación de nuestros sueños e ilusiones puestos en esa persona.

Este tipo de duelos genera un dolor para toda la vida, el cual es descrito por algunos autores como Montoya Carrasquilla como una "Montaña Rusa", la cual está compuesta por un dolor permanente el cual es más o menos acusado dependiendo de la situación.

(González, 2006: 10-11).

- **Duelo entre hermanos:**

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

Al igual que en todos los tipos de suicidio la culpa suele estar presente y jugar un papel fundamental, el paciente experimentará cambios en casi todos los aspectos de su vida.

Es común que sobre todo tratándose de niños hagan referencia a ver al suicida en la casa esto no debe tratarse como trastorno grave, sino que es un síntoma común en este tipo de casos, una correcta postura sería escucharlos y evitar prestar atención a síntomas y actitudes.

Si normalmente se suele contemplar la idea del suicidio entre los familiares en el caso de adolescentes que estén pasando por el duelo de uno de sus hermanos esta conducta es más probable por lo que como profesionales hay que evaluar el grado de afectación psicológica para evitar un acto suicida (Pérez)¹².

4. Intervenciones desde el trabajo social con personas con tentativa suicida.

El suicidio está convirtiéndose en una de las principales causas de mortalidad en nuestra sociedad, en numerosas ocasiones el suicidio no llega a ser consumado por lo que se nos presenta una oportunidad para poder trabajar con la persona con tentativa suicida y conseguir que el acto no vuelva a producirse.

Sheneidman apunta tres herramientas fundamentales para trabajar este tipo de casos como son: La actividad, la autoridad y la implicación de otros.

- La actividad: La terapia debe de tener un sentido activo para que la persona vea cambios en su vida y de esta forma se restablezca el valor de esta. Es imprescindible durante todo el proceso que el sujeto se sienta apoyado por el profesional de manera





que técnicas como la empatía y la asertividad sean fundamentales para el trabajador social en este tipo de intervenciones.

Las sesiones deben de exaltar la fuerza que tienen los usuarios y su entorno así como aislar aquellos factores que impidan el correcto desarrollo de las habilidades sociales para poder trabajar con ellos.

- La autoridad: En este tipo de situaciones de extrema delicadeza el Trabajador Social terapeuta debe asumir la autoridad en el sentido de dirigir y cuidar temporalmente al paciente, dado que este se encuentra en una situación en la cual se ve incapaz de afrontar su situación y de elaborar pensamientos alternativos ante la realidad que está viviendo.
Esta autoridad ha de ir en disminución a medida que se le van otorgando a dichos usuarios herramientas para abordar por ellos mismos la situación, de esta manera no solo conseguiremos que se impliquen en mayor medida en el tratamiento haciéndolos participes principales sino que evitaremos que se produzca una futura dependencia, permitiéndoles restablecer el control sobre sus vidas.
- Implicación de otros: En este punto está la clave para superar la conducta suicida ya que es imprescindible el restablecimiento de los lazos que el usuario considera dañados o rotos, por lo que la participación de estas personas que él considera importantes en su vida es un importante pilar de apoyo para la terapia que posibilita que el suicida se sienta acompañado y deje de verse como ser abandonado, desamparado y rechazado.

La función desempeñada por el Trabajador/a durante todo el proceso es muy compleja, afortunadamente contamos con una serie de pasos que podrían serles de utilidad:

- **Establecimiento de una relación mantenida y obtención de información:** El profesional debe brindar esperanza y ayuda al usuario, valorando aquellos pasos que este dé para comunicar su estado anímico, como podría ser una llamada de socorro ante nuevas tentativas de suicidio.
- **Identificación del problema central y contrato terapéutico:** Dado que el usuario se ve abrumado por su situación el terapeuta puede focalizar la intervención en el problema que el considere que es de mayor importancia para el sujeto para de esta forma abordarlo e ir solucionando el resto a partir de este provocando en efecto dominó.
- **Evaluar la potencialidad del suicida:** Dado que lo principal es mantener el paciente vivo, se debe medir el grado de tentativa que este tiene para realizar un abordaje adecuado, para esto existe un baremo que podemos utilizar.
- **Valoración y movilización de los recursos externos:** Conseguir que el paciente movilice todos los puntos de apoyo de los que disponga, concertar un plan de citas.
- **Formulación e iniciación de planes terapéuticos.**





5. Conclusiones.

A modo de conclusión resaltaríamos una serie de aspectos, en primer lugar decir que la prevención del suicidio debe de ser primordial en todos los países ya que, es una problemática que afecta de manera mundial, es necesario trabajar con las personas más vulnerables y que padecen un mayor riesgo de suicidio.

En segundo lugar, incidir en la importancia del Trabajo Social en dicha prevención, debido a que los profesionales de esta disciplina son los encargados de realizar la valoración del riesgo suicida, exploraran los factores de riesgo, evalúan el entorno social de procedencia de la persona, tanto familiar como social, detectando posibles situaciones de desarraigo, soledad o cambios vitales y analizan el impacto que ocasiona en dicha persona. Es fundamental también su aportación en la superación del proceso de duelo, para afrontar la pérdida de forma adecuada.

Y por último, hacer hincapié en la necesidad de la normalización del suicidio por parte de la sociedad, y eliminar el sensacionalismo que lo rodea.

6. Referencias bibliográficas.

- Arredondo, R. (2013.) *Diccionario Práctico de Trabajo Social*. Colegio Oficial de trabajo Social de Málaga. Málaga.
- Berlote, J. M., Fleischmann, A.A. (2002). Global Perspective in the Epidemiology of Suicide. *Suicidology*, 7, 2.
- Brunal, G., Carmona, J.A. & Gavirahincapié, J.G. (2014). Intento de suicidio e ideación suicida y su relación con los aspectos significativos de la vida universitaria en estudiantes universitarios colombianos. *Revista Agathos. Atención sociosanitaria y bienestar*. 1,10-14.
- Elster, J. (2001). *Sobre las pasiones. Emoción, adicción y conducta humana*. España: Ed. Paidós.
- OMS. (2001). *Prevención del suicidio un instrumento para médicos generalistas*.
- Suelves, J. M., Robert, A. (2012). La conducta suicida: una mirada desde la salud pública. España: *Revista Española de Medicina Legal*. 38 (4),137-142.
- González, V. (2006). Trabajo Social Familiar e Intervención en Procesos de Duelos con Familias. *En Actas del VI Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social*. Zaragoza.
- VV.AA. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid.

Webgrafía.

- Altet, J. & Boatas, F. (2000). *Reacciones de duelo*. Recuperado de http://www.revistahospitalarias.org/info_2000/01_159_02.htm
- Enríquez, M. (2013). *Duelo ante muerte por suicidio*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2013000200014&script=sci_arttext





- Notas de prensa. Instituto Nacional De Estadística. (2015). Defunciones según la causa de muerte. Año 2013. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
- OMS. (2012). *Prevención del suicidio*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- OMS. (2002). *Departamento de Salud Mental y Toxicomanías*. Protocolo SUPRE_MISS. Ginebra. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
- Pérez, S. *El duelo por un suicida. Características y manejo*. Recuperado de: http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/el-duelo-por.pdf
- VV.AA, (s/f). *Facebook como medio de prevención del suicidio*. Recuperado de http://www.rpp.com.pe/2015-02-26-facebook-presenta-herramientas-para-prevenir-el-suicidio-noticia_773142.html

1 Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

2 Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

3 El caso de Carla http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/27/actualidad/1411839254_086464.html

4 Defunciones según la causa de muerte. Año 2013. <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>

5 El suicidio provoca en España más muertes que accidentes de tráfico, laborales y homicidios juntos. <http://bit.ly/1WLvucU>

6 Prevención del suicidio: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>

7 Facebook como medio de prevención del suicidio: <http://bit.ly/1mVBM9h>

8 Reacciones de duelo http://www.revistahospitalarias.org/info_2000/01_159_02.htm

9 Duelo ante muerte por suicidio. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2013000200014&script=sci_arttext

10 Reacciones de duelo http://www.revistahospitalarias.org/info_2000/01_159_02.htm

11 Duelo ante muerte por suicidio. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2013000200014&script=sci_arttext

12 El duelo por un suicida. Características y manejo. <http://bit.ly/1QYXGAO>

